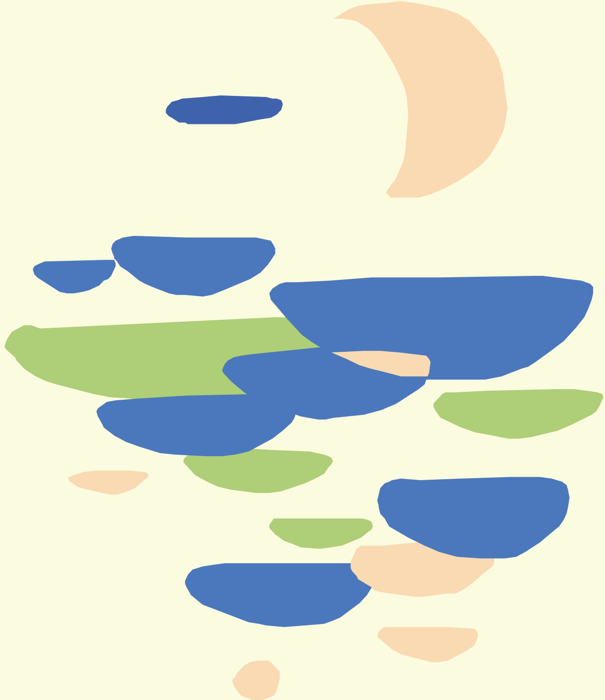


安乐死启示录

许士凯　王建国　胡仁喜

上海科技教育出版社

安 乐 死 启 示 录

The Revelations of Euthanasia

许士凯　王建国　胡仁喜　编著

上 海 科 技 教 育 出 版 社

（沪）新登字 116 号

内　容　简　介

生、老、病、死，历来是人类探索、研究和争论的热门课题。作为生命之链的一个最终环节“死”，是生命科学的重要组成部分之一。然而，与“生”（优生学）、“老”（老年学）、“病”（医学）相比较，“死”（死亡学），却一直为公众所忌讳或忽视，其科学意义尚鲜为人知。

本书在广泛收集资料的基础上，比较系统、深入地介绍和评价了“安乐死”（Euthanasia），这有助于进一步研讨和立法。

本书适合于广大医务工作者、法学工作者，社会学工作者和具有中等以上文化程度的读者阅读参考。

安 乐 死 启 示 录
The Revelations of Euthanasia
许士凯　王建国　胡仁喜　编著
上海科技教育出版社出版发行
（上海冠生园路 393 号）
各地新华书店经销　浙江奉化印刷厂印刷
开本 787×1092　1/32　印张 4.5　字数 99000
1992 年 3 月第 1 版　1992 年 3 月第 1 次印刷
印数 1—3400
ISBN 7-5428-0607-6
G · 608
定价：1.40 元

序

生与死是人生中的两个“极点”，古往今来人们总是忌讳谈论死亡，乐于追求长生。对死的恐惧和对生的留恋，构成人类共有的相通的普遍情感。但是，人的生命活动和生命历程总要划上句号。谁都逃避不了死亡。

随着时代的变化，社会的进步，人们对死亡的认识和观念也跟着发生变化。长久视为禁忌的话题，现在已经可以公开地讨论了。它不仅涉及到死亡概念，死亡标准，死亡方式，死亡权利，更涉及到人们如何正确而科学地对待死亡。

安乐死是人生对死亡过程的一种美好的追求。当今议论的“安乐死”是由生物医学科学技术的进步而引出的问题。国外开创的“优死学”的研究，涉及到广泛的各个学科领域，如生物学、医学、心理学、社会学、伦理学、法学等。目前，我国也开展了“安乐死”问题的多学科研究。

“安乐死”可分为主动积极安乐死和被动消极安乐死。前者是有意识地对不可逆转的垂危患者用药物加速其死亡；后者是在一定的诊断、预测基础上作出终止延长生命的医学处理，让不可逆转的垂危病人自然死亡。实施安乐死的根本出发点，应该是为患者本人解脱死亡前的痛苦，而并不是为社会或亲友解脱痛苦。

首先，安乐死关系到人的生命权利。人人都享有生的权利，这应是人类社会的最基本的出发点。保障人的生命是人道主义最基本的原则。医生的职责在于救死扶伤，只要病人

有一丝生的希望，就不应轻率地人为地结束其生命。

其次，实施安乐死，必须建立在医学科学技术基础上，对象一定要是经现代医学技术确认为不可救治且濒临死亡的病人。不治与可治是相对的，昨日的不治之症，今日可治；今日的不治之症，明日有可能为可治之症。医生的职责是不轻易放弃抢救，医学科学的发展，往往是在攻克不治之症的大量实践中前进的。

第三，安乐死必须是以为减轻垂危病人的死亡痛苦作为根本出发点，不能任意扩大其实施范围。

第四，人人有选择死亡的权利，安乐死的实施，必须尊重本人意愿，或本人的委托与认可，即所谓“预嘱”（Living will），但受委托人及亲属不能与病人有利益和感情上的冲突。

第五，主动积极安乐死绝不能轻易施行，世界上许多国家的法律均不接受积极安乐死，既使接受积极安乐死的荷兰，也没有这方面的立法规定。

第六，安乐死的实施需要法制化、程序化。实施安乐死无疑需要对伦理的论证和对公众的教育，更需要有法律的保障。目前一些发达国家如法国、瑞典、德国和美国的大多数州，都先后有安乐死亡法。日本最高法院也有允许安乐死的六项规定。这些对我国制定安乐死法有借鉴意义。

《安乐死启示录》的作者收集了大量的资料，付出了辛勤的劳动，做了一件有意义的工作，它向社会公众提供了有关安乐死问题的丰富知识，给人以启示，引起人们更多的思考，这很有助于推动“死亡教育”的开展。

刘本仁

1991.11

前　言

安乐死理论与实践的产生，是东西方科学和文化交汇的结果。尽管它仍处于萌芽状态，但从公众的文化心理的相容度来观察，却预示这一学科有着广阔的前景。

自本世纪80年代以来，西方“安乐死”的案例引起我国哲学、医学、法学、文学、社会学等学术界及舆论的广泛兴趣。于是，学术刊物开始陆续刊登安乐死编译文章及其述评，报刊专栏相继登载了安乐死的轶事趣闻，大众化的杂志则辟有连载安乐死的常识和故事的专栏，也有些学者在本学科的专著里述及安乐死，等等。然而，有关安乐死的经典理论和典型案例以及相关资料的介绍和研究，仍然是零星的，分散的，不能总其大成。为了让读者能比较全面地了解安乐死的因果与由来，我们尽可能地搜集了国内外的资料，作了一些鉴证工作，同时汇编有关专家的编译和评述文章，并进行了讨论与评价。

鉴于资料来源和所收集的学说观点的广泛性，我们难于对每一出处都作出注解，这里谨向有关作者致意。

本书从征集材料到撰写成篇，花费了将近两年的时间，其间多蒙不少朋友的襄助，特别是学术界人士的帮助。假如我们的著述能起到抛砖引玉的目的，则于我们将是莫大的鼓励。

前辈、同道和读者在开卷之时，祈望能赐教。

许 士 凯
于上海铁道医学院
1991年3月

目　　录

一、热点和难点 ……………………………………………… （1）
1. 有人权的生命从何时始 ……………………………… （1）
2. 生命"法案" ………………………………………………… （3）
3. 生命质量的评价 ……………………………………… （4）
4. 生命的人口学意义 ……………………………………… （7）
二、生命的归宿 ………………………………………………（10）
1. 心、肺死亡概念 ………………………………………（10）
2. 脑死亡概念 ……………………………………………（12）
3. 意识死亡概念 …………………………………………（14）
4. 死亡的有关文献掠影 …………………………………（16）
5. 人死亡的五阶段论 ……………………………………（19）
6. 对死亡的各种态度 ……………………………………（21）
7. "植物人"的启迪 ……………………………………（24）
8. 生死观的变革 …………………………………………（26）
9. 合理自杀问题 …………………………………………（28）
10. 拒绝治疗的权利 ……………………………………（30）
11. 死亡教育的意义 ……………………………………（32）
三、安乐死面面观 ……………………………………………（36）
1. 安乐死的涵义 …………………………………………（36）
2. 历史变迁中的安乐死 …………………………………（38）
3. 当代安乐死拾遗 ………………………………………（42）
4. 争论的若干要点 ………………………………………（45）

5. 安乐死随机调查摘要 ……………………………（50）
6. 有缺陷新生儿的安乐死 …………………………（52）
四、艰难的选择 ……………………………………………（57）
1. 通常与非常的选择 ………………………………（57）
2. 主动与被动的选择 ………………………………（58）
3. 失职与越权的选择 ………………………………（60）
4. 自愿与非自愿的选择 ……………………………（63）
5. 病人临终时做法的选择 …………………………（65）
五、有关安乐死的政策与立法 ……………………………（69）
1. 有关安乐死的政策、措施问题 …………………（69）
2. 有关安乐死的立法问题 …………………………（72）
3. 医疗、保健的新形式 ……………………………（75）
4. 对待植物人的政策 ………………………………（79）
5. 器官移植涉及安乐死的政策问题 ………………（84）
六、安乐死的启示 …………………………………………（88）
1. 生就意味着死 ……………………………………（88）
2. 人道主义原则的发展 ……………………………（92）
3. 社会文化意识的导向 ……………………………（96）
4. 社会价值问题随想 ………………………………（101）
5. 经济价值问题管窥 ………………………………（109）
七、安乐死的经典案例 ……………………………………（114）
1. 美国的安乐死案例 ………………………………（114）
2. 西欧的安乐死案例 ………………………………（116）
3. 中国的安乐死案例 ………………………………（120）
4. 李××的案例 ……………………………………（122）
5. 枯木逢春——安乐死悖论 ………………………（124）
6. 来自案例的思索 …………………………………（127）

结束语……………………………………………………………（131）
附　录
一、悉尼宣言……………………………………………………（132）
二、关于制订我国脑死亡标准和承认死亡权利的倡议（草案）……………………………………（133）

一、热点和难点

1. 有人权的生命从何时始

生物学常识告诉我们，当生物有受精卵时即可认定生命开始萌发了。然而，有人权的生命从什么时候开始，对该命题的解答却众说纷纭，甚至大相径庭。

从生物科学的角度说，受精卵是一个有生命的个体的开端。但从社会学的原则，或从世俗的角度来判别，就不能确认受精卵是独立的、赋有人权意义的生命。

众所周知，受精卵经过若干周的发育，即逐步形成为胎儿。那么下一步有待回答的问题是：胎儿是不是人？判定作为人的起始点的可能是：（1）从受孕之时起；（2）受精卵植入子宫后；（3）脑电波的出现；（4）胎儿运动时，母亲能明确地感觉到；（5）离开母体能存活的胎儿。

对此，比较传统和一般的生物学见解是，当胎儿发育到离开母体而可能存活时，便被确认为是一个有生命的人体。当然，随着科学的进步，这一观念被逐渐修正。目前，医学界一般认为妊娠 20 周，体重在 400～500 克的胎儿便可能存活，尽管存活的概率不太高，而且各地的差异也很大。但是，医学界比较一致地认为，确定这个指标已不是很遥远的事了。

从社会学、民俗学或宗教等方面而论，胎儿不能算作一个有人权的人，而是经常作为母亲的一部分或潜在的人来对待。在古《犹太圣法经传》的条文里，胎儿即被认为是母体

的一部分。因此，孕妇改变宗谱，无需举行有宗别意义的追加仪式。《旧约》认定的原则精神大致与此相同。在东方儒家文化所崇尚的葬礼内，不包含胎儿的命名，在可考证的坟墓殉葬物中，也未发现这类记述。现代土族人有称未经洗礼的婴儿不能独立称为人，当然更何况胎儿了。

因此，何时开始有人权的生命，现代社会仍然沿用传统的标准，即胎儿离开母体后便被确定为有人权的生命。现代的各国宪法、法律都基本上认定这一点。但是，这并不妨碍科学家对有人权的生命的起始点的时差作出往前移的研究。恰恰相反，这类研究不但为开创各种新兴学科和新的科学假说提供了可能，而且触发了有关行政、司法部门的超前考察。20 世纪 70 年代初，联合国世界卫生组织的专家小组认为，在可以预见的将来，妊娠不到 22 周，体重在 500 克之内的胎儿的健康存活的希望是微乎其微的。实际上，妊娠 22～28 周，体重 500～1000 克的胎儿存活的机会也不高。但是，尽管这样，他们仍然认为，当 500 克以上的胎儿从母体分离后，即可确定其为新生命的诞生。

尽管现代社会确定了新生命的人权，但在世俗观念和具体司法规定中，其人权的享受仍不能和成人相提并论。即使 3 岁左右的儿童，仍不能充分享受人权。溺死婴儿的父母通常不会受到很重的刑罚。由于过失造成婴儿死亡，其结果仅仅是受到舆论的责难，反之，假如 3 岁以上的儿童遭受到成人不公正的待遇，那末该成人一般将被受到刑法或民法的处置。因此，有人权的生命的确定，仍然是世界各国普遍面临的难题。为此，世界妇女组织和卫生组织每召集一次世界性的大型会议，几乎总有专家会提出这样的议题，尽管每一次都作出延续到下一轮会议讨论的结论，专家们仍然不甘罢

休，始终不懈地进行努力。

2. 生命“法案”

依照大自然规律和人类本性，生命的生殖过程是由性交、输卵管受精、受精卵植入子宫、母体怀孕和分娩等组成的。现代科学技术已有可能代替自然生殖的某一过程乃至全过程。其手段主要为：人工受精、体外受精和无性生殖。这样一来，人工制造的生命与传统的情爱、人伦、家庭等将处于相悖状况。生命的“法案”，诸如人的义务、权利、道德、家庭、社会责任等，将面临一系列棘手的新的难题。

这类难题将要涉及到性别的选择和生命归属及其对社会产生的利弊；婚姻和家庭是否有必要继续存在；精子和卵子是否会作为商品来流通；人类生命的数量和质量将会受到什么样的影响；“代理母亲”的权利、义务与社会学意义等等。

现代科学的这种发展，一方面实现了人类千百年来的幻想；另一方面，又产生一系列社会经济问题和道德伦理问题，使人们心头产生新的迷茫。一群人振臂欢呼这个新时代的曙光，极力主张修改与此相抵触的法律，呼吁补充新的条文，要求社会舆论和观念及时更新，另一群人好像面临世界末日，怀着前所未有的愤懑，主张维护人类尊严和维持法律秩序。这场看得见的和看不见的“官司”，从生物学界、人类学界打到医学界，并迅速进入到社会学界和司法界。在这场论争中，宗教界和伦理学界始终站在论争的前沿，由于他们的持续努力和抵抗，改变原有社会生活模式及观念的工作直到今日仍起色不大。

在有关生命“法案”的命题中，有争议的第二类命题是

避孕问题。自从马尔萨斯提出用避孕措施来控制人口，以健全和平衡社会发展的需要以后，避孕问题日益成为社会关心的问题。20 世纪下半叶以来，科学进展基本肯定了避孕是一种现代理性社会、理性人的合理要求，它是人类社会发展到理性化和高度文明化以后的优秀产物。然而，宗教界对此一般采取否定态度，有些开明教会则态度暧昧。如 15 世纪的神学家勒迈斯特认为婚姻性交是取乐的一种方式；18 世纪末，有些神学家一般已不再坚持婚姻性交的生育目的。但是，直至 1968 年，教皇保罗六世发布的通谕中还重申了对避孕的谴责，他的话受到了世界各国教会和教徒的响应。

在有关生命“法案”的命题中，有争议的第三类命题是人工流产问题以及第四类命题绝育问题。这个范围的争议与上述情况大体相仿。

从 20 世纪 80 年代开始，美国一些团体率先提出“生命法案”的主题，认为“人的生命从受精的瞬间起，就被赋有人权”，此后扩展到与受孕有关的一切过程。随即，美国大多数高等院校的 1300 多名学者、科学家联名反对这个命题。这场“官司”在司法界内引起了持久的争议。美国公众出于好奇心态，更是把一件原来就争论得不可开交的事，传播得纷纷扬扬。很多人就此扬了大名，发了争论财。科学和世俗、合理和道德的争议，把公众的兴趣和智慧调动得如此充分，其影响几乎超越 60 年代前后开展的有关生态方面的“绿色生命”的运动。

3. 生命质量的评价

传统的医学和生物学所评价的生命质量的对象，主要是

在社会中生活的人，这里主要指成人。科学发展到产业革命时代，生命已被理解为一个人从出生到死亡这整个一段时空范围。自从生命科学在 20 世纪取得了实质性的突破后，生命质量的范围被确定为从受精卵到人体失去心跳和呼吸停止。从 50 年代起，生命科学的发展又涉及到人体的遗传基因、智商和死亡瞬间的复杂变化的领域。60 年代后期兴起了“绿色生命的革命”，提出了生态平衡对人体生命质量的深远影响，把生命自身系统的质量研究，纳入到环境生态质量系统内考察。人类心理科学的前进，把心理描述、生命心理的反思和生命心理实验、社会实证等，统一作为一个有机的非平衡系统来研究。系统动力学的诞生，在生命质量的统计取向上，逐步取代了线性研究，其意义究竟有多大，现在对它作出定论还为时过早。然而不管怎样，科学在日新月异地发展。方法的更新，必定会给神圣的科学带来新的启示。

生命质量的评价除了综合评价外，各个与此相关的学科都有一套评价原则。比如，生物学着眼于生命细胞、机体等功能的优劣；医学考虑人体生命的各器官功能的健康与否；心理学观察人体心理的条理是否有序；生态学考察自然界各生命现象是否协调；社会学、法学、哲学和宗教等注重人类生命的个体和群体的责任与义务，等等。

各学科在评价生命质量的具体对象和手段方面差异很大，但还是有共同点的，它可归纳为生命质量的描述、评价和规范性陈述。从描述性来判断，生命质量是指生命的特征和所包涵的内容，可用以描述一个人的过去、现在和将来所处的不同状态。从评价性来判断，生命质量指的是给个体生命或人群生命赋予一定的价值取向。例如，我们评价某人的视力是否正常，只是回答或评价为是与不是，而不是说应

该还是不应该正常。从规范性陈述来判断，生命质量是指其质量的高低，从而引出我们对此需要采取的措施，并以规范性的原则来决定保护或结束特定的对象。

生命质量的研究一般还要定量进行。对生命数量的统计，一方面能了解在个体生命中所体现出来的生命质量的好坏，了解生命的破坏是偶然性损坏还是规律性衰亡；另一方面，能了解整体数量的多少，及其对生命质量的制约限度。当生命数量超过了维持他们所必需的最低资源时，生命质量问题就突出起来。史前人类社会，是按自然调剂的办法，即依靠所谓的“天命”来维持。现代社会也没有找到令人满意的方法。因此，从生命数量出发来研究生命质量，作出理性的评判，从而采取适当的措施，以确保生命质量的持续提高，这已成为当务之急。

生命的质量与人体的功能和意识的存在程度密切相关。处于极度痛苦状态或意识完全丧失的人，其生命质量就低得几乎接近于零；反之，生命质量随人的感觉和知觉的良好程度而递增。

人的胚胎、新生胎儿、脑死病人、临终病人、精神病人等等的生命质量，以及所有健康、欠健康、不健康的人的生命质量应由谁来判定呢？前者依靠①代理人（要经过一定的司法或行政手续认可）；②第三方判定者（家属、医生、有时包括律师、公证人）；后者主要由自己判定。因而时常会引出自作主张，未经医生认可而私自使用药物，拖延或拒绝执行正常的医疗程序的情况。客观行为与主观要求不一致，或时而变化不定，出尔反尔。极端者甚至拆除医疗设施，中止抢救，吞咽有害、有毒物品以求自杀。当然，大部分意志未彻底崩溃的人，基本上能按照医疗程序接受治疗。

在判定生命质量时，必须遵循人道主义的准则，即有“足够”的理由强调，损害生命质量的行为都是错误的，任何保护生命质量的举动都是有价值的，尤其当生命质量尚存在一定价值的时候。因此，每个人都有权利获得良好的生命质量，都有义务帮助别人得到这种权利；任何以一个生命质量的丧失为代价来维持另一个生命质量的行为都是不人道的。当然，当一个生命质量在作无益的、不可逆转的痛苦挣扎，并给其他人造成非常大的痛苦或牺牲时，用最科学和最富有人情的方法给予妥善处理是重要的，这就是一种被称为安乐死或临终安抚死的特殊方式。

对生和死的瞬间判定和执行，即生命质量的价值取向，这无疑是最重要的。在生物学和医学对生命质量的实验和临床中，要取得高一级的实质性的进展还需要若干年月。在这个间隙里，社会科学研究应该超前，特别是基础理论方面更应如此。同时需要深入公众，作公众意愿和认识的资料收集。虽然这是艰难的一步，但其意义却是深远的，否则，推行生命质量的实践，将可能会产生悲剧性的社会后果。

4. 生命的人口学意义

判别人口学意义上的人的生命数量、质量、价值观念和能量等，将涉及以下若干有关问题。

自然生命受时空条件的制约，人口生命的数量则受土地、资料、能源、社会生产力的载纳量的制约。当前，人口生命数量上的超量已成为世界性的问题。1988 年联合国人口委员会主持召开“世界人口 50 亿”专题会议，各国首脑和人口学家就此作出呼吁，一致要求控制人口数量的盲目增长，

提高人口生命的质量，建立和健全按国别、区域、洲际和世界性的四级人口生命的适度规模，目的是促进人类的繁荣和社会秩序的优化。

人口生命的数量和土地、资源、能源的拥有量呈正相关，当比例失衡时（这是目前主要面临的现实问题），将导致就业不充分和经济收入的降低，并且由此而导致受教育机会减少，医疗水平下降，居住条件恶化，交通拥挤等，严重影响生态环境的平衡。并且，还会造成家庭婚姻关系的变态、老人问题的突发性冲击、人口盲目流动、生育率和死亡率的剧烈波动，甚至可能触发战争和瘟疫的滋生。

人口生命的质量问题，主要包括人口体质和智力的水准。提高人口生命的质量，首先要制定适度的人口规模，优生优育。优生优育就是提高生命遗传素质和创造良好的生育条件及其护理环境，以此最大限度地减少和基本杜绝残废、畸胎、痴呆、先天愚型、血统病及各种怪胎。通常的办法是大力做好婚前咨询、生育常识培训和临床检查，尽早摒除不良遗传因素的传播。在妇女怀孕后至婴儿出生期，做好产前检查。

生命的人口学意义还表现在人类对自身的价值观念的认识取向，主要是生育观念。客观指标是：初婚（同居）年龄；独身（同居）；生育上的制约（避孕、绝育、人工流产）；伦理观（宗教的和家族、世俗的）；社会经济观念（接受型和享受型）；社会保险和福利的实施程度；家庭婚姻结构及性与生育一元论还是二元论。

在上述基础上再加以归纳，则可以引出这样一个结论：生命观念的认定可分为三条。一条是着重成人自身生命价值，另一条是着重下一代的生命价值，第三条是两者兼而有

之。

国外着重自身价值的成人所具有的通常特征是：初婚年龄晚于平均水平，在这之前有一个长时期的两性同居也称试婚时期；终生独身的健康程度很高的成人较少，大多数以或隐或显的方式与异性同居；在生育措施上非常坚决，有的在考虑合理性上也缺乏节制，常常因节育而影响健康；一般不接受宗教和家族传统上的生育观；社会经济观念上追求享乐；在生育和性生活方面持二元论观点；参加各种社会保险投资。

而着重下一代生命价值的成人所持的通常特征则相反。初婚年龄低于平均水平，无同居或同居期短；只要经济条件容许。生育胎数则比较高；遵守宗教信条和遵照家族期望；生育和性生活大多数持一元论；对参加社会保险不积极。

人类生存行为随着社会的发展，呈现出多元化后，生育行为也表现出多元的选择；现代社会意义的人类生育行为又回复到一元化计划协调上。目前，尽管生育行为在世界各地区存在巨大的差异，但在认识论上承认生育行为必须计划协调。在 21 世纪，人类面临的问题将有：是否允许人工创造生命；生命增长的极限和生态平衡的悖论；无机生命替代有机生命；从事操作的人类生命功能的发展问题；地球生命和太空或宇宙生命的对应问题；海洋生命和南、北极生命与人类生命容纳问题等。

二、生命的归宿

1. 心、肺死亡概念

当一个人的心、肺功能还能维持人体机理的最低需要时，不管这个心、肺是人工的还是自身的，即使身体中某些器官的功能已不可恢复，并且脑部受到不可逆的损伤而失去感觉和知觉，连起码的意识活动也没有，按照传统的生物学和医学概念，仍认为这个人是个有生命的人，法律上仍然确认他是有人权，并且是有人格意义的公民，因此病人家属对病人仍要承担一切应负的责任，并行使道义上的一切义务。

这种传统的标准，从人类原始时代起就在部落中逐步实行起来。人类在宰杀动物时，通常用刀器击刺动物心脏或切断动物的呼吸道；在战争中双方争斗时，也基本沿用这个办法，实行这个标准；对于战场上的倒卧的人体或洞穴内病卧的人体，在检验这些人是否死亡时，一般也以心跳和呼吸的有无来确定此人是否死亡。这种把心脏停止跳动和肺停止呼吸作为人死亡的定义和标准，人类文明社会虽经数千年延续，仍然普遍沿袭着。

各国的医典和辞典对死亡的解释大体都可以归纳为：心搏、呼吸、血液循环的完全终止。然而，医学临床、司法鉴定的定义与科学家对这个问题的认识并不总是一致的。1919年 10 月 27 日，德国一个女护士米娜·布朗吞服中枢抑制剂自杀，心搏、呼吸完全消逝，经过一系列医疗检查后，被确定为死亡，随即装殓入棺。可是 14 小时后，警察在揭开棺盖作

例行尸体照相时，突然发现死者喉部有微弱的悸动，就马上组织值班医生进行抢救，结果使“死者”复苏成功。1962年，苏联一位著名物理学家在遭到车祸的 4 天后，心脏完全停止跳动，血压降为零，但经医生大力抢救后，心脏恢复跳动。此后第二周，他的心跳又 3 次停止了跳动，每次经抢救后都复活了。这样断断续续，一直拖延到 1968 年，才因使用过量药物引起肠道坏死而死亡。

医学技术的进展，可以使体温降到 5～6℃，心搏、呼吸完全停止若干小时后的人，经过复温处置，完全恢复人的生命活动。在给病人使用体外循环装置作心脏手术时，可以有意使病人的心肺功能暂时可逆地停止工作，在有限的时间内保护人脑的功能。这些使人的身体各器官分离和暂停运动并且可以复原的技术，客观上体现出人死亡的标准的不完整性。同时，由于医学技术已经发展到除大脑外，其他各种器官移植已取得或接近取得成功的阶段，这就使得过去认为已死或必死的病人，在得到人体器官如心、肝、肾、肺等移植后得以继续生存，延长数年乃至数十年的寿命。这就牵涉到，人死亡的定义是否要修正，心搏、肺呼吸完全停止的死亡概念是否仍然有效的问题。

因此，在生物学界和医学界，有些权威人士提出，由于器官与人体分离后仍可以恢复功能和人体除脑以外各器官的移植可以进行的现实性，心、肺死亡的概念显然已经过时了。然而鉴于这些病例在病人中仍属少数，世界各地区的医疗技术手段又参差不齐，该项医疗技术还不可能如抗生素治疗肺炎那样简单有效。因此，在医学界，至少在临床治疗实践中，通常仍沿用心、肺死亡作为人死亡的标准。司法界和社会学界仍然对此不下修正的结论。因此，该项研究仍旧局限

在很小的范围内。目前，发达国家在这方面的临床实践中仍持非常谨慎的态度，科学文献也主要登载有关动物实验的成果。

2. 脑死亡概念

确定人死亡，以脑死亡为定义是 20 世纪 60 年代首先在医学界酝酿出来的。1968 年，美国哈佛大学医学院毕克尔教授代表死亡定义审查特别委员会提出了人的“不可逆昏迷”，即“脑死亡”的概念，认为可以将其取代传统医学所认定的“死亡的心搏、呼吸完全停止的概念”。同时，提出了 4 条有权威性的诊断标准：①没有任何条件反射；②没有呼吸和运动；③没有感受性和反应性；④脑电图波平坦。上述 4 项测试必须经过 24 小时的多次反复而结果仍不出现任何变化。前提条件是必需排除体温过低（32℃以下）及刚刚大量服用过中枢神经系统抑制剂这样两种情况。这就是世界上最早、最有权威的“脑死亡”论述。科学界称这个哈佛委员会的新概念为“死亡的脑干定义”，或“死亡的中枢神经系统概念”，简称其为“脑死亡”。

从这以后，世界卫生组织建立的国际医学科学组织委员会经过十几次例会的讨论，初步达成死亡标准的协议。其定义为：对环境失去任何行为反应；完全没有反射和肌肉张力；终止自然呼吸；动脉压突降及脑电图平坦。

以上两种提法是大体吻合的。对于上述“脑死亡”定义，需要注意的要点是：①脑电图平坦，要注意病人是否在检查前服用过大量安定药物；②完全没有反射和肌肉张力，是暂时的昏迷，还是不可逆昏迷；③脑死亡和脑皮层死亡的区

别，主要特征是复查自发呼吸停止的症状。

哈佛委员会的脑死亡定义引起了激烈的争议。一是死亡标准的改变，这将引起医疗责任和道德标准的改变；二是把死亡时间的规定提前后，将会引起个人在法律意义上享有的权利和义务的界定上的困难。还有，生命器官的移植后，社会对有关人格、人权的确定问题等。

“脑死亡”的研究很快越出了国界。1972 年前后，法国开始通行莫林纳雷特制定的标准。方法是：对病人脑功能进行数天的连续测量，每次测试不少于 15 分钟或根据不同病人作可控性调整。斯堪的纳维亚沿用了上述标准。日本医学界则加强了血压标准的测验。80 年代以来，各国的死亡研究小组在临床实践中，又提出了很多临床实例。观察统计结果表明：根据一般标准和医疗临床实践，一个人的自主脑功能处于不可逆停止后，即可认定死亡，至今还没有发现因脑死亡不可逆停止后，运用医疗技术使其复活或成功地实现移植脑的病例。1974 年，加拿大法律改革委员会提出的法定死亡定义为：一个人的整个脑机能出现不可逆的停止时，称之为“死亡”。

目前，从法律上承认把脑死亡作为人体死亡标准的有美国等 13 个国家，从医学上承认的有德国（原联邦德国部分）等 11 个国家。我国医学界有不少医生倾向于脑死亡的标准，该项讨论正方兴未艾。不过，脑死亡的概念，要真正为全世界大多数国家的人民所接受，还有一个漫长的历史过程，传统观念和风俗习惯很难在比较短暂的历史时期内消逝。针对这些复杂的情况，1983 年美国医学会和律师协会以及统一州法律督察会议、生物医学、行为研究伦理学问题总统委员会等组织联合磋商后，建议美国各州拟采纳的死亡标准条款为：

当一个人循环和呼吸功能出现不可逆终止，同时，整个脑，包括脑干的一切功能出现不可逆终止，这便是死亡。死亡定义的确定必须符合公认的医学标准，这个意见实质上同意死亡的两个标准并存。这种折衷的办法，作为目前一个时期的过渡办法，使社会各方面都能够接受，这不失为一个明智的措施。尔后，世界上很多国家纷纷效法，医学界和生物学界也已基本上接受了死亡的两个标准的提法，一些医疗水平高的医院在死亡鉴定上也开始使用。当然，在不发达地区和国家的医院对于这一新标准还无暇涉及，在死亡标准上仍然沿袭旧标准，但是，一些大医院或高等医学院的一些学者对这类问题抱有兴趣，并在作严肃的探索。在我国，高级医学杂志上登载这方面的译文和文献述评已有好几年了，在有些文理交叉的著作中，也已经登录了有关这一方面的一般化的知识性介绍。

3. 意识死亡概念

意识死亡分先天和后天两种。先天意识死亡，是指母亲分娩后，胎儿出世时已处于无意识的状态；后天意识死亡，指一个人由于因疾病或非常事故而造成意识死亡。后天意识死亡有可逆和不可逆两种，不可逆意识死亡通常指脑及脑干受到严重破坏，已无法通过医疗技术而复活。由于目前脑功能的移植仍无完整成功的先例，因此，当人脑遭到破坏性损坏后，就被称为不可逆的意识死亡。可逆性意识死亡通常指脑组织的损伤经过医疗后，可以有某种程度的存活；另一种是后天性精神障碍或痴呆；第三种是受外界原因的作用，病人处于昏迷或休克状态，这就是我们日常说的“假死”，它

实际上是一种短暂性意识死亡。

人体生理学认定，一个人的意识的物质基础是脑中枢神经系统，它不仅是自我意识的实体，而且也是人与人之间相互认可的前提。当人的意识死亡处于可逆状态时，动用一切医疗力量为此作出努力，这无疑是人道主义的基石。但是，当人的意识死亡处于不可逆状态时，是否有必要运用医疗技术继续维持其生命，或花费高昂代价仅仅是为了安慰其家属。这些高难度命题，比起脑死亡的争议更为复杂。一方面是由于医疗技术和医学科学的日新月异，昨天认为是不可逆的，今天却由于科学的突破而成为可逆的。另一方面，人们仍然记忆犹新的事实是：由于当年法西斯大搞人种优生，消灭劣等民族和有精神障碍的人，从而造成世界性灾难。

对于法西斯专制的恶魔进行制裁，并防止它重新干扰人类的正常社会生活秩序的信条，已纳入各国宪法和联合国的有关公约。因此，人为地直接或间接造成一个意识死亡的病人的死亡是不人道的，不管是可逆的还是不可逆的。前者构成刑事犯罪；后者构成过失犯罪或失职。前者要负法律责任；后者要负工作责任或道德责任。

意识死亡的人数在病人总数中仍占有一定的位置，他们的死亡时间或称寿限，远远低于一般人。同时，由于意识死亡的人本身的痛苦无法表述出来，因此，亲属通常希望自己的亲人在离开人世前，能够享受应该享受的一切人道待遇，而医务人员则通常应责无旁贷地帮助病人改善走向死亡的状况，使之在符合人的尊严的状况下而逝去。

此外，我们还要重申一点：以往，人们往往都把心死亡和脑死亡混为一谈。其实，脑存活是心存活的必要条件和基础。因此根据脑死亡可确认心死亡，从而确定人死亡；相

反，心死亡不一定是脑死亡，更不能判定为人死亡。因为心死亡的人可以作为没有意识和自我意识的人类有机体，可以作为生物学意义上的人而存在，尽管已失去作为社会人的意义。痴呆、精神病患者可以具有多重性人格，可以处于意识死亡和复苏的多重反复之中，这种人的意识死亡的特征不管处于什么状态，但有机体和脑都没有发生根本性的质变。这就是心死亡与脑死亡，或意识死亡和脑死亡的同一性及差别性。

诚然，在对待意识死亡的人或称植物人方面，学术界对他们的处置意见的分歧主要集中在结束与不结束其生命上；同时，意识死亡的可逆性和不可逆性的争端也很繁复，主要体现在评价指标和临床实践上。从社会、文化意义上看，其界限更加模糊。比如，社会学把人的极度厌世者称之为心死；心理学把人的心理错位的极端者看作心死，等等。此外，我国传统的某些提法把意识死亡的定义定得过于宽泛。比如“起死回生”，“置之死地而后生”，“大难不死，必有后福”，等等说法。不但运用在人生的命运里，而且广泛应用到社会生活的很多方面，甚至中医文献和家传秘方中也可窥见到它的踪迹，各种宗教释义更是把这个意思翻出了不少新花样。

4. 死亡的有关文献掠影

我国儒家文化的代表孔夫子，在论语中写道：“死生亦大矣”，“逝者如斯夫，不舍昼夜”；庄子曰：“哀莫大于心死”；孟子曰：“舍身取义”，“视死如归”；佛教崇尚“极乐世界”；新、旧教推崇“天国”及“我主与我同

在，阿门”；伊斯兰教则称死为“真主的召唤”。总而言之，以往先哲对死的思考和论述通常立论简约，可以作多重的多学科的释义，尔后大多从宗教、伦理意义的角度诠释。

有关文献和考古资料表明，世界上最早研究有关“死亡”问题的专著，是刻在古埃及的棺材盖上，经过七千余年的风雨沧桑。这部名为《死者的书》的石刻，于 20 年前被考古学者发现并破译于世。而在中国西藏的一些古老的藏文经卷中也有不少有关“死亡”问题的论述及有关死后复生和生死轮回的记载。

欧洲文艺复兴时期，有关死的研究渐趋消逝。对于长生不死，人们不再坚信不移，对人的灵魂问题的解释产生了歧义。历史演变到近代，科学从生物学革命开始，以达尔文的《物种起源》为实质性的开拓，继而纷呈于世的大作有赫胥黎的《论人类不平等的起源》、摩尔根的《古代社会》以及华莱士的《论奇迹和现代唯灵论》等等。自从黑格尔论证了“生命本身就带有死的萌芽”之后，恩格斯在《自然辩证法》中说：“生就意味着死”。这些思想启发、推动了一批科学家和人文学家对“死亡”问题的探讨。1904 年，奥斯勒发表了有关“死亡”的专题论文；1912 年，帕克提出了“死亡学”一词；1915 年，霍尔研究死亡恐怖症的各种状态；1959 年，费弗尔发表了《死亡的意义》的专题论述；1973 年，希得曼在研究人类的死亡行为后撰写成专著《人类死亡》；1972 年，卡斯滕鲍和艾森伯格合写的《死亡心理学》一书，引起了舆论界的反响；1970 年，美国创办了《死亡杂志》、《生与死》、《死》等专门性杂志；1977 年，日本创办了《临终与临床》杂志。这些刊物不仅老人要读，中青年也很感兴趣，因此极为畅销。美国、英国、德国（原联邦德

国部分）和日本等国家的医学刊物都辟有“死亡”研究或讨论专栏，有影响的报纸亦列出专栏讨论，公众对此兴趣极为浓厚。

在 20 世纪七、八十年代，死亡教育的文献和教科书业已出现。在德国（原联邦德国部分），已实施了“死亡”的教育，出版了标准教科书和科普读物，开展了不仅针对老年人和病人，而且针对青少年的伦理教育和医学常识普及教育。在日本，有关人士组成的特别委员会开始定期举办“生和死问题研讨会”、“死亡问题恳谈会”。在美国，大学内的老年学教程里列有“死亡学”的专节，社区老年大学关于“死亡前期准备”的教材和资料已非常丰富。“死亡”教育已作为终身教育的一部分。可见，了解、掌握有关人体死亡的知识，并以科学的态度审视和冷静地对待，已成为现代人的基本生活的必需。它标明着人类越来越正视和珍惜自身的价值。

一些大学的图书馆和资料馆已着手收集和整理有关死亡的文献，并进行复印、制作缩微胶卷和录象等。有的影视档案馆也在收集有关资料，有的在复制有关教学材料，有的编制文史资料。一些著名的国立和市立图书馆，还经常举办有关死亡的资料展览。平时，则辟有专门阅览室或档案室以供人们研究和查询。在欧洲，原来在法西斯专制时期的集中营，在二次世界大战胜利后纷纷被辟为陈列室。开始的意图是揭露法西斯的滔天罪行，激发人们热爱民主、自由、和平，继而，历史学家和政治学家开始研究法西斯主义推行“死亡”、“黑色恐怖”的根源，哲学家研究“尼采主义”的“意志论”泛滥的成因，生物学家研究法西斯利用生物实验危害人类的根由。自 60 年代以来，“安乐死”的研究者的

视点也开始转到研究法西斯推行“优生”的伪科学行为上，大量的多学科研究著作纷纷出台，从而产生不少新兴的交叉学科，如生命伦理学、医学伦理学等。

5. 人死亡的五阶段论

人死亡的五阶段论的时间跨度及时机的确定界限大体是：从一个人身患重病或绝症时起，一直到生命共止，要经历各有特点的五个阶段。这个提法是在 1969 年首先由库勃勒·诺斯提出的，他以一种人在死亡前的心理活动来阐明这个主题。

（1）否认期　当诊断医生和亲属向病人说明他的死期的时候，刚开始时几乎所有的患者都认为这是不确切的。他们存有侥幸心情，内心深处不愿相信这种死亡的必然性，通常会说：“你们搞错了！”；“不，不应该是我！”；“这不是真的，是吗？”而且愤怒地斥责亲属，责难医生，经常赶走他们，但时而又把他们叫到身边反复询问。这段时间一般延续不长，马上就会转到下一阶段。

（2）情绪失控期　由否认到发泄、乱扔杂物，伴有痴笑、狂笑、哭泣和悲吟等。这些现象在许多患者中都存在，只是程度不同，因为生命的进程就要被隔断了，他们会时而大声喊：“我必须死吗？”而更多地则是喃喃地重复：“为什么我现在就会死呢？”，“为什么死一定要这么快地轮到我？”这一时期和否认期有时是交叉在一起的。他们常常对家属、护士发火，并表现出很不信任的态度。然而，这不是一种人格意义上的有针对性的发脾气。而是出于对死亡的一种愤怒情绪的非常性宣泄。他们在认识上感到不能改变死亡

本身的过程时，便进而转入下一阶段。

（3）交易期　这时他们突然一反常态，开始表现出过分随和的，带有某种神秘状态的特征。他们似乎在和神、鬼、天主、命运等交谈，又像和医院、单位在进行某种意义上的交易。他们这时总想着未完成的事业或工作；总想为社会福利事业多做些事，在想为亲属多作些事时则带有某种程度的负疚心态；努力协助护士的护理工作和医生的诊断治疗工作；有的甚至想到或答应为医学科学捐献遗体；想到把自己财产献给国家或分给亲属；有的还认真地向知己或者亲朋倾诉自己过去的一切，包括一些隐秘的事情；把自己的一生经历反复地思索和追忆；有的把自己的一生体验叙述给这时在身旁的熟人；有的开始以极其宽恕的心态来原谅以前的仇人；这时怀念儿时的朋友和情人的次数越来越多；经常为亲属特别是子女的前途操心。

（4）压抑、忧郁期　一个人在丢掉重要物品和失去心爱的事业或严重病残后会产生反应性压抑症，而濒临死亡的患者这时所遭到的压抑是一个人一生只能经历的一次，这是一种前所未有的完全丧失一切的心理体验过程。此刻患者已千真万确地感到，必须与爱人、儿女、亲属、朋友、邻居、同学、同事、单位组织乃至整个社会作永久性的告别，在这种庄严和悲怆的空前时刻，患者真正开始尝试着把自己和周围的一切割裂开去，带着心灵的震悸，体验着由一阵阵恐惧而产生的空前的忧郁、压抑。

（5）接受期　该时期的患者，面临着生命瞬间可逝的时刻，他们既不压抑，也不愤怒，反而代之以宁静的沉思、安详的期待和恬淡的心态来接受命运的最终来临。此刻患者并不愿意马上死去，而生命的本能仍然闪烁着纤细、微弱的希

望之光。一旦希望之光完全被命运压垮，那么，死便不可逆转地降临了。这一悲壮的时刻极其短暂，它是人从生到死的临界情态，它承接人生的过去，并宣告生命旅程的结束。

生命死亡的五阶段在每个具体的人身上呈现出不同的特征。有的阶段可以跨过去；有的可以合二为一；有的还可能出现亚阶段；有的会表现出多次反复。这些差别主要受以下一些因素影响，即患病的性质和时差；情爱生活的维系，包括性心理活动；伦理关系的维系程度；人格的功能；意识的感受频度；知识的占有度；社会关系的保持程度；病房内的情境；医疗，特别是护理的尺度；等等。

6. 对死亡的各种态度

如何面对死亡呢？每一个人的态度差别很大，而对死亡的心理适应程度的划定又非常困难。有关心理学问题的实验研究表明，每个人都会不同程度地害怕死，对死亡都有一定程度的恐怖感。正常人群中约有 45%的人会出现有关自己或亲人会不会死亡的闪念，大多数人都有过对死亡的恐惧，但同时，大多数人表面上又否认这种内在的恐惧。例如，美国医学会在 1977 年的一项实验性调查报告中指出，只有 4%的人说他们“非常怕死”；而 63%的人宣称他们“不怎么怕死”。实际上，“不怎么”三个字，反映了对死亡恐惧的程度不是太强，从深层看，这正是他们对死亡的厌恶。由此会妨碍患者对死亡的科学意义的理解以及对它的心理适应。

在 60 岁以上的老年人群中，往往年龄越老，想到死的频度越高；自我感觉、健康状况不良的比自我感觉较健康的人会更多地想到死；身患严重疾病的人比有一般毛病的人会更

为频繁地、下意识地想到死；而健康人当处于抑郁心境时，常常伴有悲观厌世的情绪，常常怀疑自己是否有勇气活下去，自己是否有继续活下去的社会意义和社会价值。

对于死亡的恐怖情绪反应与面临死亡者的个人的性格、性别、年龄、社会价值观、哲学观、伦理观、宗教信仰等因素是分不开的。但是，急性病引起的猝死、意外事故、危害引起的凶死，由于死亡前的思想准备不足或来不及准备，因而缺乏经历濒死的心理体验，他们可以没有或很少有死亡恐怖感。精神衰退的高龄者和长期处于恶劣环境中的人，视生不如死，因此恐怖情绪也很弱。为了崇高的事业而奋斗的人，因早已有献身的思想准备，所以往往能做到视死如归。严肃的哲学家的哲学观和人格观是统一的，他们怀有一种历史意识，理解大自然生态循环的道理，因此有一种复归自然的心态。其他一些科学家多数也能持科学的死亡观。一般，各种宗教信徒认为灵魂永存，死亡是通向天国或地狱的途径，他们也并不恐惧死亡，但对死后的“去向”，则寄予无限的关切和担忧。

儿童的死亡意识很少，他们在在由于幼稚对死亡不理解，而引起心理恐怖。他们一般直观性地看到亲人死亡，或观看图画书、影视节目中的死亡、对魔鬼等的描绘而引起不安。心理敏感的某些儿童，还会因动物或昆虫的死亡而颇为惆怅。但这些心理活动一般都比较短暂，比较容易忘却。青壮年中对死亡的恐怖反应强烈者主要分布在患有严重疾病和生活非常困苦的人群之中。

恐怖反应最厉害的一般是已达暮年的衰老者。他们主要感到恐惧的是：①害怕肉体的消失；②所有感知和经验的隔断；③死亡时承受的苦难；④不可预知的死亡之后的情景；⑤

亲属和子女的悲伤。相比之下，就这 5 项指标来讲，青壮年中绝症患者的恐惧反应顺序是：①全部感知和经验的隔断；②死亡时的痛苦；③不可预知的死亡之后的情景；④个人计划的中断；⑤亲属和子女的悲伤。由此可见，衰老者注重肉体，而青壮年则关注精神，共同的一点是把对亲属和子女的考虑放在最后一位。

妇女对死亡，除了具有男性的一般特征外，还由于女性非常珍惜生命和爱，在濒临死亡时，更多地希望能与她们所爱的人尽量接近。其家庭成员，特别是丈夫一般能体会到这些。然而有的往往不能正确地理解她们这种强烈的爱，当得知妻子生命垂危的时候，似乎很害怕，往往显得手脚忙乱，甚至不知所措，就好像如果继续与妻子接触或表示爱抚亲昵的话，也会染上绝症一样。因此常使妇女们感到心灵的孤独，她们的死亡加速常常是由于太珍视自己的情感而引起的，常常带着最后一丝遗憾走完人生的历程。相反，如果男性太缺乏理智，以至于对濒死的妻子反复唠叨："你不能死，我生活中不能没有你!"这就会使女性死不瞑目。如果妇女临死时，还念念不忘膝下的幼小儿女，她们此刻是极其痛苦的。在所有的痛苦之中，"孤独"是首要的，只有孤独才是濒死的人的最为恐惧的事情，而肉体上的折磨只是一种表面现象。其次是牵挂，无论男性、女性，当其临死时，仍牵挂某些事的话，那么，带有非常性的遗恨是必然的，所谓"死不瞑目"主要就是由牵挂而产生的。再则是不甘心此刻死亡以及表现出求生的本能。能真正做到"菩提本无树，明镜亦非台，本来无一物，何处染尘埃"，即怀有万事皆空的心态的人，在历史上是凤毛麟角的。

7. “植物人”的启迪

人们在理解“昏迷”一词时，常常将它与“休克”一词等同起来，它们都是指可逆的意识的丧失，但两者在程度、方式和时间上都存在着差别。而人们通常所说的“植物人”，则是指他处于不可逆的意识丧失状态。

大家都知道，人的大脑皮层是很发达的。人们借此进行抽象思维和形象思维，如进行计算、文学创作等等，这在本质上是有别于其他生物的。实验表明，人脑中“上行网状激活系统”（简称 ARDS）是主宰人的意识活动的系统，它位于脑干和丘脑的网状结构中。在人们睡觉时，ARDS 的功能减弱，使人们处于“休眠”状态，或称抑制性状态；当人受到疾病损害时（如患脑血管、脑干病），ARDS 发出的冲击就会大大减弱，人就处于“休克”或“昏迷”状态，其生存复活几率大约在 60～80％；当意识不可逆地丧失后，患者即成为植物人。在医疗手段不发达的情况下，不用多久就会死去，但假如在医疗水平高和护理水准很好的情况下，植物人的寿命可以拖延很长时间，然而却不可能复活。

植物人的 ARDS 仍然会发出冲动，这时他们的意识状态不完整，不能对外界的刺激作出反应，但仍然保持着睡眠——觉醒周期循环，即可以自发地睡眠和清醒而不受外界环境的干扰。他清醒时可以睁开双眼，眼球灵活转动，但对周围的景物视而不见，不会说话，不知饥饿，一切均需别人护理。但是不管怎样地精心治疗和护理，按照目前的医学水准，患者都不能恢复正常状态的思维和欲望。必须引起注意的是，在脑炎恢复过程中可以因处理不当而使病人转化为植物人。

此外，患脑、心血管疾病的病人也要特别注意，因为他们也有转化为植物人的可能性。

在诊断中，还要对植物人和“闭锁综合症”作出明确的鉴别。后者属于清醒的“昏迷”，其特点是：病人的意识是清醒的，具有和正常人一样的思维。但是往往由于他们不会说话和全身瘫痪而被误认为“昏迷”。这种病人一般听力正常，双眼能作较为灵活的转动，因而熟悉他们的人可能通过由那双眼睛流露出来的感情了解信息。有些心、脑血管病引起的“闭锁综合症”患者，经过精心治疗，可以获得一定程度的好转，另外一些则可能由于其他方面的原因而恶化为“植物人”。

对植物人的认识是随着医学科学发展而深化的。我们现在所称的植物人，以前即为人们所认为的昏迷病人或风瘫患者。由于过去医疗技术条件的局限，这类患者一般拖延不了多长时日就会死亡。因此，医学专家一般把这类病人归类为患恶疾而死者；按平民百姓的风俗，则称为遭到报应的“恶死”，或者讲这个人命苦，死也死得不太平。其实，这是因为人们过去还没有掌握医学知识而引起的种种臆测。这种传统思想至今仍然留在一些人的脑海里，会经常冒出来干扰正常的医疗程序。例如，当医生向病人家属陈述病人的实际症状时，家属往往一下子很难理解，总认为其病情能扭转，而把全部希望寄托在医生身上。因此，传播这方面科普知识，减少愚昧无知，对患者及其家属，对医院乃至对社会都有很多好处。那么，对于植物人是采用无所作为的拖延治疗使其维持一段时间，还是让患者享受安乐死呢？这个问题，我们打算放在以后一些章节讨论。

8. 生死观的变革

现代医疗技术已进步到：人类不但可以靠药物、医疗器械、医疗手术，将某种意义上的生命作无限延续和繁衍，而且出现了非自然生殖的变革。比如，性别的人工选择、人工受精、体外受精、代理母亲和无性生殖等。同时，又出现了人工控制生殖的变革，比如，人工避孕，人工流产，医疗绝育等。还出现了人工控制遗传和优生的变革，比如，产前诊断、遗传咨询、遗传普查、基因疗法和拼接基因等。因此，这已经不仅涉及到医疗技术问题，也不仅涉及生物医学技术问题，而且是以上述两项科学为主体的多学科的生命科学问题，传统的医疗技术一般立足于世代经验的传授和亲身所作的体验，因此，总体水平比较容易达到饱和点。随后将会日趋平衡，导致进步迟缓，从而使得医生个人之间水平差距很大，且一般说，年龄越老技术越精。现代医学是将技术和科学融为一体，以实验、临床、诊断、检验、护理为一体，注重科学定性定量的严密性，因而医疗水平发展迅速。

科学的冲击波使近年来兴起的人工生殖技术，对有缺陷新生儿的处置、对不可逆患者的安乐死选择、对人体器官移植、重组 DNA 等取得了突破性的进展。但同时也引起了一系列道德、宗教、法律和政策等问题。因此，技术的现代化发展已经反过来向发明它的人类，提出了对人类生与死的意义的再思考，给予了新的定义，注入了新的功能。

新观点的提出，首先牵涉到《希波克拉底誓词》和《大医精诚》的原则，即“尽力而为”，“发大慈恻隐之心”以抢救患者的生命。新技术革命的定义以生命质量为前提，突

破了传统观念中对生命神圣的崇尚。将医学科学和社会伦理学相结合，以社会、司法为背景，对生命质量差到不可恢复的患者，是用人工技术让患者在低质量的生命状况下度过一生，还是终止他的生命？到底哪一种决断最符合现代意义的人道、人格和人权？

我们认为，对于这些问题的考虑，除上述的人的责任感以外，还应加上一个人应具有的一种历史的责任感和归属感。从这个角度看问题，就会客观地认识到，技术的进步是人类文明的必然结果。其产生的责任感具有多重的涵义，包括自然意义、生命群体的新陈代谢和社会意义。这样，一个生命质量差到不可恢复的人便会服从从容而尊严地离开人世间的这个选择。而归属感使人容易想到宿命论，其实，大地万物都有个生态循环和生态平衡的法则。一个人在某种意义上具有合理的“宿命”思想，恰恰是人道主义的进步，这和人类在相当长的时期内顺从地臣服于自然的安排是不同的。新原则尊重人权并为此作出持久的努力，但科学的发展是靠一个个台阶组成的，不可能超越一定的历史阶段。比如，对人脑的科学研究，实验心理和心理密码信息的破译，目前恐怕还处在起始阶段，生命组合 DNA 的研究还处于是否要尝试的有争议阶段，等等。从某种意义上说，这种起步时期所面临的困难，还更为突出地表现在怎样处理医疗技术的对象，即把人类心和身的分离处理上。从眼前情况讲，医疗技术不能使所有患者完全恢复，给社会遗留一批身残心健和身健心残的人群。从长远角度讲，这些难题却是科学振兴的动力；但另一方面却给社会和患者家属带来沉重负担，也许，社会各种关系，正是在这种深重的磨难中发展的。

不管怎样，科学技术的变革已经带来了人类生死观的变

革，使人类不得不面对这一严峻事实去思考对策。以下，我们进一步讨论生与死的选择方式和意义的确认。

9. 合理自杀问题

以往，出于宗教和伦理道德方面的原因，对人的自杀基本上采取否定态度。宗教的基本观念是禁止杀生的，认为自杀是对宗教、对神的亵渎；而世俗伦理观念一般认为自杀属于恶死一类。所以帝王惩罚臣民的刑罚中就有“赐死”、“令自戕”之类。只有在为某种崇高的事业而奋斗时，由于遭到厄运而采用自杀，才可能被人们认为是值得的。如汉朝时，为抗击匈奴，大将李陵兵败塞外后被俘虏，他没有自杀而接受了匈奴的招安。当时的史学家司马迁认为李陵没有自杀不能确认他是叛徒，由此后来遭到汉武帝的宫刑的处罚。这反映出当时人们所指的自杀是令人尊敬的，是合乎道理的。反之，就要受到谴责甚至惩罚。但史书上似乎没有这样的记载，即某某人因患病为理由而自杀却被史学家赞赏的。

当今，在科学界讨论合理自杀问题中，只有极少数观点中还掺杂着神学的论点。赞同合理自杀论的人认为：如果一个人有充足的理由相信，早死而不是晚死能够更好地服从于他的利益，那么，自杀也许就是一种合理的行为。对此持反对观点的人认为，随着近 150 年来的精神病学和社会行为科学的发展，大多数同意自杀的愿望预示着某种精神疾病，这类病人的所作所为与合乎理性的思考或行动是不相容的。1897 年的名著《自杀论》，便开了这派观点的先河。因此，争议便分为合理自杀和属于精神疾病方面因素的自杀，这两派对立的观点，成了讨论死亡学的热点之一。

精神病学者莫托认为，一个人对自身处境的估计必须是现实的，对于结束自己生命的问题的说明，必须能澄清最低限度的矛盾心理。如是，则可被确认为是一个合理的自杀者。

和这个观点接近的是哲学家布兰特，他认为，选择合理自杀需要自杀者在某种程度上选择没有为种种非理性所歪曲的自杀。因此，一个抑郁沮丧的自杀者，要想合理地自杀，就必须使自己摆脱眼前的思想状况而考虑将来很可能拥有的任何选择机会，假如一丝希望之光都没有，允许其自杀将是合理的。他同时判定，一个精神病患者或心绪严重紊乱的人，将无法作出自杀的合理决定。因此，他认为自杀和精神疾病相关，这种意见差不多仍在沿袭中世纪神学对自杀禁止的观点，而那样，对科学是非常有害的。

通常，晚期病人的痛苦挣扎的情景折磨着目击者，使患者周围的人很自然地倾向于按患者的自主意愿给予协助，即停止无效治疗或中断药品供给，甚至提供如吗啡这一类麻醉品。但是基于医生的基本价值观念，在 1969 年，英国还是勉强地废除了使自愿速效安乐死合法化的法规。合理自杀或速效安乐死仍未取得法学权威意义的认可。

关于合理自杀问题，在当代有代表性的争论中，有一种论点既不是宗教意义上的，也不是医学意义上的，它来自于哲学领域。该观点认为，一个人不可能采取合理自杀，因为首先一个人只能死一次；其次是由于选择和不选择自杀的合理知识是不可知的，一个人的经验不可能了解自杀，他人也不可能传授有关合理自杀的经验。因此二自杀是一种最为盲目的选择。

通过这个观点，人们又从其他角度去领悟自杀的属性。

由此便想到为他人、为社会作自我牺牲而采取自杀的形式。历史的确记述了不少这样的人物，如果把这类人物的行为归于利他主义的自杀，那么，这种自杀的合理程度将被大大提高。反之，为个人原因自杀的，其合理性就容易引起争议。

关于自杀的后果，在大多数国家的法律和法规里都未明确被定为犯罪，也未予以表彰，但在实际的行政法则中，还是在一定程度上体现出褒贬意义。如一个人为国家、社会的利益自杀，将受到一定程度的表彰，但仍次于战死或以身殉职的人；一个人为自身理由而自杀，社会一般对此表示缄默；而当一个人在年老衰弱、贫病交加或身患绝症的时候，采用了自杀的方式，家庭一般都举办纪念仪式，社会一般也给予一种宽容性的承认。如拉法格夫妇，他们认为，当自己已经失去劳动能力，而将负担加给别人来求得某种意义的生存，这是不堪忍受的。对于有贡献的名人，人们有时认为他们的选择是壮丽的，是一种维护名人尊严的高尚行为。

但是，直到今日，人们一般仍然认为自杀的合理性的论据不够充分，即使是合理自杀，仍然不被看作是一个勇敢者应走的道路。人们仍然推崇传统先哲们为了坚持走完人生的旅程的精神，哪怕一生历经坎坷磨难，虽经九死而不回头，只要一息尚存，仍要奋斗不止。医学上除了“救死扶伤”的原则外，还有一幅相对称的格言“起死回生”。因此，自杀，这个古老的问题，随着文明的发展也仍未获得最终的结论。

10. 拒绝治疗的权利

拒绝治疗者，除了临终病人外，还包括其他一些患者。他们拒绝医疗，是有宗教和世俗方面的原因的。拒绝治疗的

世俗理由是由于疾病的严重痛苦使得人难以忍受；或者对治疗丧失了信心。

患者拒绝治疗，通常会产生病人权利与医生义务之间的冲突。一方面，病人有拒绝治疗的权利；另一方面，医生有救护病人的义务，坐视不救是有悖医德的。进一步讲，病人的权利如果只牵涉到本人则尚可用自主权来加以解释，但是实际情况往往要与其他人相关联。如传染病人拒绝治疗将危及他人；早期病人拒绝治疗将导致病情恶化或造成永久性功能伤残，从而给家庭或社会造成负担。因此，拒绝治疗，在这种情况下也就干扰了他人的人权，对这种破坏性的或类似自杀性的行为必须严加防止。因为患者除了有人权外还必须承担义务，这两者要统一考虑。当然，由于诊断的错误，患者有拒绝指定医生治疗的权利，有要求转诊和会诊的权利。由于医疗技术的局限，造成医疗事故和重复手术，患者有权拒绝医生作实验性治疗的权利。医生除了有义务治疗病人外，还有阻止病人违反医疗公德的权力。必要时，有权对病人进行强迫治疗。

对于婴儿和其他无明确行为能力的病人，家属和他人无权代表患者作出拒绝治疗的决定，假如这样做，应负一定的法律后果。对精神病患者，任何人无权代表他拒绝治疗，否则将可以视为侵权行为，严重的则应划属犯罪行为。因此，有些国家明文规定：“父母有权剥夺他们孩子的财产，但无权拒绝给有病的孩子治疗；同时，子女有权不给有钱的父母以经济赡养，但无权代表父母拒绝医生的治疗。”

但是，事实上，拒绝治疗的情况经常在医院里出现。比如，一个虔诚的宗教信徒拒绝医生的治疗，医院不得不采取妥协措施，以免患者采取更加狂热的宗教行为；在经济贫困

的地区，患者常因付不起治疗费而拒绝接受治疗，医院因无力包揽大批无钱的患者，只好听之任之；由于医院的医疗水平不高或治疗疏忽而造成一定的医疗后果，患者提出拒绝治疗，医生也只好无可奈何；对病情不可逆的病人，由于病房紧张，当家庭要求把病人送回家中，实际上等于拒绝治疗时，医院方面一般也采用变通的办法；诸如此类的情况大量存在。

理论上对拒绝治疗的否定和实际生活中的普遍肯定，构成了拒绝治疗的权利在认识论上的困难。矛盾在于拒绝治疗的可行性和可能性。社会、医院和家庭往往采用妥协的办法就具体情况达成临时协议。在大多数情形下，即使因之而造成医疗偏差甚至人命归天，由于没有原告，司法部门一般也不予追究。因此，即使患者具有某种意义上的拒绝治疗的权利，但是在大多数情况下，患者拒绝治疗而不按医生的意见办事往往是要自食其果的。因而，患者只有在确认自己的病症已属不治之症时，拒绝治疗才被认为具有合理性。

11. 死亡教育的意义

“死亡”一直是人们非常忌讳的字眼，而要讲到死亡教育，则更有些冒天下之大不韪。然而，现实生活却在人们的心灵深处引起呼唤：要正视死亡。对于一个人来讲，能意识到自己生存时间的限度，那将是非常明智的。死亡教育正是在这个意义上被提出来，它使人们重新认识至高无上的人生的价值，使余生过得更为充实、健康和丰富多彩。

“死”，一向是人类须臾不可脱离的伴侣。中世纪流行着“记住你的死呵，上帝的人！”等谚语。一些智者，一边

学习有关“死的艺术”的绘画和书刊，一边进行“死”的思想准备。由于天灾、饥荒、传染病，人们经常体验生和死的特殊效应，“畏天命”，不仅是儒家的经典语录，也是百姓中的一种心理写照。中国古代诗人对秋天有敏锐的“死”的感受，所谓“秋风萧杀”，“老气横秋”，即如此。古代还通常把举行大刑的日子定在金秋时节，把举行决战的时间定在黄花季节。

现代医学的进步，使疾病引起的猝死大大减少，病人临终的场所逐步转移到医院，人们对死的亲身直观体验的频率大为减少，因而对死的恐怖淡化了。但事实仍然像海德格尔所说的那样“人是走向死亡的存在”。因此，“死亡学”的研究时兴时衰地沿续至今。今天的人们受到科学的启蒙，对死亡教育的理解有了新的开端。意识到死本身对于一个人来讲不可能事先体验、了解，但却可能将其作为自己身旁的主要问题来考虑，探索生与死的本来意义，自觉进行自己及亲属、好朋友的死亡前的关于死亡方面知识的学习。

美国在 20 世纪 70 年代成立了死亡教育学会，出版了“死亡研究”专刊。有的州从小学到中学、大学都有涉及死亡方面的课程。有些地区还为社会有关人员举办死亡教育讲座、死亡教育专题咨询。在日本，最近也开始在有些学院开始死亡教育。在德国（原联邦德国部分），宗教的教育内容即是对信徒进行死亡教育。日本的上智大学为一般市民每年举办一些“关于生与死的讨论会”，自 1982 年以来一直坚持举办死亡教育讲座。

对死亡教育的意义可以作如下归纳：（1）帮助临终病人。当患者的病经过医学诊断为不可逆性质时，对患者进行临终护理，提供使他们感到温暖的精神慰藉，伴送他们走完

人生旅途的最后一站。（2）理解生命的完整意义。人的尊严存在于自身固有的生与死的全部过程，因此，完成有意义的死所做的准备，恰恰是为度过更加充实的人生所不可缺少的一环。（3）减轻患者对死亡的恐惧。帮助人们理解生、老、病、死是人生必需经历的过程，任何人都是无法逃避的，因此，恐惧是不必要的，这只会给自己带来巨大痛苦，而对延续生命也只会有坏处。（4）抚慰死者亲属。当身边的亲人死亡时，亲属一定会经历悲伤时期，并形成一系列变态情绪反应，若不能很快地度过这一危险时期，身心健康将受到损伤。（5）强化对死亡的乐观。从人类精神发展史观察，对死的思虑常常是创造性思维活动的最强烈的刺激剂。古代西方的悲剧直到今日仍能激励人们，即可见于一斑。而“哀兵必胜”也说明了这个道理。死的哲学同时也是生的哲学，重新理解这一命题，将给人的认识带来新的启示。（6）尽可能预防不合理自杀。针对自杀的定义、动机、评价作出分析，并把实际统计情况告诉受教育者。（7）说明事实。当人们健康时，向他们讲授各种不治之症及死亡的过程，介绍植物人和安乐死的各种情况，这样便于他们日后在患绝症时能正确地作出选择。（8）宣传遗体捐献的意义。普及、介绍遗体的用途方面的医学知识、指导人们了解申请办理遗体捐献的手续，并从人道主义角度给予讲解。（9）普及葬仪知识。阐明葬仪的目的是为了让活着的人向死者作最后的告别，葬仪也是为正确地度过悲伤过程所不可缺少的情绪体验。因此死亡的葬仪最好突出个性，消除形式主义和商业倾向。死亡教育应介绍各种各样的生死观及各地区、各个时代的葬仪形式，以供借鉴。（10）丰富老年期生活。死亡一般发生在老年期，因此不但要给老年人的生命以时间，而且要给他们的时间以生

命。有质量的生，才是有生机的。能在丰富的老年生活中走向寿终正寝，这正是死亡教育的最精彩的内容。（11）建立死亡的科学民俗观。对死后的生命解释几乎是所有宗教教义的中心内容，作为科学的民俗观，应当尊重风俗习惯，更要合情合理地宣传科学的生物发展史观。一个人从小就必然受民俗观的自然熏陶，事实上，这些民俗习惯在人临终时都难以改变。因此，我们应该针对民俗风尚，注入有意义的科学内容，使人们的精神风貌常青。

从历史角度审视，死亡的讨论和教育主要发生在宗教界，死的去向是布道的一个重要内容，对一个人的生前的奖惩延续到死后。因此，有些教育家认为，宗教的死亡观，对人们的心理和社会行为的调节有巨大的效应；科学的死亡观，在人们中，有一种理性（生物史观）的理解，尽管事实上不很普遍。在实际社会行为中，二者实际上是并辔而行的；只有在理论界才感到它们之间的相悖性，至少是不统一的。

三、安乐死面面观

1. 安乐死的涵义

“安乐死”一词源自希腊文（Euthanasia），对它的理解和诠释，各家众说纷纭，大致可以归纳如下：（1）eu 是好，thanasia 是死，即“好死”的意思；（2）无痛苦死亡；（3）合理性死亡；（4）《现代高级英汉双解辞典》的解释是指患不治而又痛苦的疾病患者的无痛苦的死亡、安死术；（5）患不治之症的病人在危重濒死状态时，由于精神和躯体的极端痛苦，在病人或其亲友的要求下，经过医生的认可，用人为的方法使病人在无痛苦状态下度过死亡阶段而终结生命的全过程；（6）优死；（7）体面的死亡方式；（8）善终；（9）快乐的死亡；（10）尊严的死亡；（11）无痛致死（Mercykilling）；（12）无疾而终；（13）变相谋杀；（14）慈善杀人；（15）残忍的行为；等等。

上述文献记载中对安乐死的定义解释，表达了赞成安乐死和反对安乐死的两类观点。就其范围来讲，又分广义安乐死和狭义安乐死；就其包涵学科来讲，则分为生物学、医学和社会科学；就其属性来分，又区别为技术性和非技术性的。对于这种有争议的现象，《杀人的道德》一书曾做过这样的描述：当我对安乐死问题感兴趣的时候，印象最深的莫过于争论双方各走极端，而极少相信可以有中间的余地。几乎一切反对者都认为在道德上是残忍的，而拥护者却正好相反。反对者说安乐死无疑是错误的，这实际上意味着无辜杀

人。支持者则认为，一个有道德修养的人，有义务竭力避免不必要的惨事发生。因而连非自愿的安乐死也应该是合情、合理、合法的。对立的双方还相互指责，支持者说对方残忍；反对者说对方残暴不仁。这种极端气氛，往往使问题变得更加混乱，使分歧日益扩大。

下面介绍支持安采死观点的涵义，它主要有两层意思，即被动安乐死和主动安乐死。被动安乐死，就是让病人死得策略些，这样的病例在医院里事实上已流行很久了。每当患绝症的病人处于弥留之际，医生不采用既浪费精力而又增加病人痛苦的治疗措施，而是停止药物或器械供给，换上良好的护理措施，让患者得到安息，以便把药品留给更需要的病人，同时也为患者亲属减轻痛苦。主动安乐死：（1）自愿和直接的、病人自己选择、并予以执行，这实际上是拒绝治疗。（2）自愿、但是间接的。出于病人无法忍受痛苦或医疗费不能负担等原因，预立遗嘱，请别人代其执行。（3）非自愿、但是直接的。病人从来未提出过安乐死的要求，医生自作主张而采取的医疗行为。

上面描述的情况是从医学上狭义地理解。还有一种从生物学上理解，它主要着眼于生命的价值。因此，对安乐死的对象，就对脑死亡者、植物人、或其他患不可逆绝症的人加以区分，作生物学意义上的处理。而社会科学方面所认定的安乐死，其范围就很广泛。例如，（1）无疾而终型；（2）在具有医疗措施的情况下缓慢地略有痛苦地死；（3）对绝症患者中止抢救；（4）在严重外伤情况下采取紧急击杀的办法。但以上措施都要基于人道主义和社会效应这个前提。

由于生物学、医学、遗传生命科学等科学技术的发展日新月异，安东死在人们认识上反映出不确定性，常常是，今

天被看成绝症而救治无望的，明天由于临床、实验的突破，又使人们好像看到能抢救的希望。由此引起了安乐死在医学、生物学涵义上的不确定性，产生了社会科学方面的波动，这也许是长期争议不休的根本原因之一。同理，社会科学解释安乐死的多义性，影响了安乐死在医学、生物学方面所作的精确定义。这好像是一个无限轮回的连环套，使人们迟迟不能取得理论上的共识。

2. 历史变迁中的安乐死

安乐死的行为在几千年前甚至更早就存在了。根据考古史料和历代文献记载，原始游牧部落在为生活、征战而作长途迁徙时，常常把病人、老人留下来让他们自生自灭；在发生紧急战事的情况下，还常常把他们击毙，以免他们遗为俘虏而遭到敌人的残酷对待。在粮食发生危机时，有些部落还把病弱的人击杀，或埋葬。以此来减少病弱者的痛苦和部落的负担，以保持本部落的健康强盛。

在古文明时代，在古希腊、罗马，允许病人结束他们自己的生命，有时也可以请别人帮助执行。对在决斗或劳动生产中负伤而又无望治愈的患者，也常常帮助他们结束生命。

在中世纪的漫长岁月里，基督教一方面绝对禁止结束病人的生命；另一方面，采用炼金术追求延长生命，妄想长生不老。如 13 世纪的罗吉尔·培根主张以此战胜衰老。东方诸国，受佛教影响的地区普遍禁止杀生，他们把走完人生比喻为油干灯熄，崇尚人自然地死亡。而受儒教影响的地区则认为“身之发肤，受之父母，不可戕害”。把生命比作流动的水，认为：逝者如斯夫，不舍昼夜。其他如道教，更是以追

求长生、炼金丹、服玉石散为幸事，梦想成仙，他们对于死是最忌讳的。因此东方国家出于对“死”的禁忌，普遍用代名词来避讳。如“仙逝”、“寿终”、“老掉”、“归去”、“逝去”、“归西”、“归天”、“一命呜呼”、“永别”、“辞行”等等，不一而足。中医理论原则的健身、长寿、恒康，都可能源出于此。因此东方文明至今仍然普遍不赞成安乐死，也很少有文章阐述这种专题。而安乐死这股风是自西方国家而吹进中国来的。

17 世纪前后，理论界主张的安乐死的办法，如主张生活要有调节、培养对死亡的正确态度等，并不总是和延长生命相对立的，恰恰相反，它实质上是主张从容而逝。此后，近代革命的先驱弗兰西斯·培根则认为：“长寿是生物医学的最神圣目的，安乐死是医学技术的重要领域”。同时，他又引用了商业上的一句名言：“有所得必有所失”。把人寿和安乐死调和起来，使长寿摆脱衰老、体衰，使临终摆脱痛苦。科尔纳罗是历史上第一个主张被动安乐死的人，他提出对待绝症患者应任其死亡。继而，摩尔在《乌托邦》一书中提出有组织地实行安乐死，对患有痛苦的无希望拯救的疾病患者，可根据一组教士和法官的建议，通过本人自杀或由当局采取医疗上的人道措施来加速其死亡。同时还提出了“节约安乐死”的概念，即社会可以用某种手段终止那些既浪费资金，又无希望治愈的病人的生命。在这里，人道主义的原则被自我牺牲和重商主义的原则代替了。因此，涌现出师德尼的著名遗言：“你们需要的比我的更加重要”。与这些重商主义者的倾向相反，哲学家洛克主张生命神圣，认为世上一切人的生命都应具有不可剥夺的权利，既不能取走，也不能放弃。他认为，结束自己生命的人必定是人格被“异化”

了，就是说选择自杀或安乐死的人，当时的思维状况暂时不属于他自己，是一种严重的精神错位。而思想家休谟则认为，人类既然可以设法延长生命，那么为什么不可以缩短艰难的生命呢？持折中观点的科学家蒙克把安乐死看作是一种减轻不幸的医护措施，但他反对加速一个人的死亡，那怕是绝症患者。

近代实证主义的兴起，影响了安乐死的准确定义。毕赫特在 1800 年时说过："生命就是抵抗死亡。医学不是要设法战胜死亡或是无限期地保存生命。医生的任务只是放慢这个可悲的、不可避免的衰退过程"。1882 年，魏斯曼指出，自然要求高等动物在生殖年代结束后死亡。1905 年奥斯特提出，人在 40 岁以后不再有创造性，已成为对社会没有效用的人。1912 年派克提出，关于死亡是一门科学，安乐死有益于生命质量的提高。德国生物学家海克尔主张"对于千千万万无用之人，要赶快地把他们毒死"。至此，法西斯主义利用科学家的探索成果，进行强奸民意的改造，实行了惨绝人寰的所谓对劣等种族的灭绝政策。在"死亡万岁"，"安乐死"等蛊惑人心的口号下，让几百万无辜平民，特别是犹太人死在党卫军的毒气炉内，纳粹党徒把反对他们的人以精神病患者的借口，实施所谓的"安乐死"。20 世纪 30 年代，欧美各国一些科学家和善良人士曾积极地提倡过安乐死，在 40 年代竟成了纳粹残害人类的毒剂。他们鼓吹："国家供养那些无法医治的病人对国家是不利的，那就应该赋予他们安乐死，也就是迅速地无痛苦地使其死亡"。1939 年 7 月，柏林纳粹党人以"安乐死"的名义制定出消灭精神病患者的计划。同年 9 月，希特勒下达特殊命令，扩大了纳粹医生的权力，使他们从所谓的"人道见解"出发，对无法医疗的病人

保障其“轻松死亡或速死”。同时在希特勒办公室设立了专门的“安乐死”机关，统一指挥各个死亡集中营和死亡毒气室，高效率地实施灭绝人性的兽行，仅一年就消灭近 30 万人。据文献资料的不完全统计，1938 年至 1942 年，纳粹党徒用安乐死的名义杀死了有慢性病、遗传病、精神病患者以及犹太人等其他民族人士达 400～500 万人。至此，“安乐死”声名狼藉。

反法西斯战争胜利后，1947 年各国医疗团体根据《希波克拉底的誓言》与医学方面的其他道德原则，制定了著名的《日内瓦宣言》:“我将保护人类生命（从怀孕时起）的最高尊严，我甚至在受到威胁的情况下，也决不会利用我的医生知识去反对人道主义的法律”。此后几十年里，安乐死的讨论几乎销声匿迹。科学家的研究转向生命科学的遗传基因、人体器官移植等，主要着眼于提高生命的质量方面。安乐死是近几年才从美国哈佛大学医学院讨论后“开禁”，并已悄悄地汇集成一股潜流。但是它的目的已和纳粹医生的罪行具有本质上的区别。在纳粹猖狂的时代里，有关安乐死的争议，是法西斯主义和民主主义之争，而现在有关安乐死的争议，却不管是赞成的还是反对的，其目的都是为了发展人道主义，维护人权和人的尊严。

现今对安乐死的争议，主要是由于科学的发展和精神文化的提高以后，旨在把安乐死的定义推到全新的高度。首先，科学技术革命因医学和生物遗传科学的长足进步，已不同于以往任何时代。它扩大了生命范围内生与死之间的边界区，脑死亡的概念被初步确定，突破了心、肺死亡的定义，从而在医学上出现了一些探索性的行为。其次，功利主义和实用主义在以竞争为特点的商品经济背景下方兴未艾，他们认

为，与其把有用的物资用在医治无望的患者身上，不如让他平稳地死去。第三，医疗保险制度越来越无法承受高昂的药费，因此提出不能把医学上尖端器械的发明使用在医治无望的患者身上，从而从经济背景上掀起了一个安乐死讨论的热潮。第四，美学界和美术界自印象主义泛起后，对死的真、善、美的传统意义作出了反叛，崇尚死的礼赞的视觉效果，把生与死抬高到同等的高度。

3. 当代安乐死拾遗

安乐死的讨论从医学界波及到司法、行政领域，关于它的种种迥然不同的看法，自然地唤起了公众的好奇心和求知的热情。从新闻媒介到茶座酒楼，世俗的议论和新闻趣谈把本来就复杂到不能再复杂的“安乐死”概念搅得更加混乱。然而无可争论的事实是，濒死病人的死亡问题，却是个现实的无可回避的问题。由于这问题的迫切性，人们常常不得不暂时忘却科学的或世俗的争议，对濒死的病人采取类似安乐死的医疗措施，但问题是对这一实践的科学指导和道德指引却难尽如人意。

由于安乐死曾被法西斯主义充分地利用过，因而这个词在一些人道主义者和犹太民族主义者眼中还非常地刺眼，一些经历过二次世界大战的老人们对此也极其反感。因此，国外一些文献在有关安乐死的提法上，显得很谨慎。有的人提出取消“消极安乐死”这一用语；有的认为，对于“积极安乐死”，则从“词”到“义”都应取消。从 20 世纪 80 年代起，美国的一些“安乐死协会”顺应时势，将协会的名称易名为“道德死亡协会”。这些协会宣传瑞典 1965 年医学法律程序

和 1975 年美国医学法律程序的研究成果。尔后，美国的一些州在州议员的热烈推动和鼓吹下，推行了某种具有尝试意义的“死亡权力”的法律，只是法律的提法和界定并不是很严谨的。消极安乐死在当事人没有争议的情况下，律师事务所一般不受理没有委托人的案子。因而在消极安乐死的患者中，有一部分可能经常被偷换成积极安乐死；并因财产问题时常引起诉讼；还有因医院人事矛盾引起的纠纷，在安乐死实施过程中，医方人员相互攻讦，这使大多数医院在实施安乐死方面不得不小心翼翼。某些中小医院并不愿意大张旗鼓地实施安乐死，而宁愿悄悄地作出安乐死的决定，并且还换上另外一些医疗形式来遮掩。

由于采纳这些不成文或半成文的法律，围绕生命和死亡问题的讨论更加激烈。1982 年美国《哲学通讯》报道：“哲学、伦理学、逻辑学、法律学、医学伦理学等著作中涉及死亡或安乐死研究的范围和篇幅，比 70 年代有了一定幅度的增加，阐述所谓死亡权力问题的论述也有成为热点的趋向”。律师界的意见是：“死亡权力问题”的法律表达方式不完整，为滥用或不适当地运用法律开了口子。

在这种情形下，积极安乐死的讨论在科学界、思想界还有一席之地，但在公众和社会舆论方面却未能获得同情。国外文献记载和新闻报道中，拥护积极安乐死的论述文章很少，我们就为数不多的报道，简要地摘录几则，对开阔读者的眼界也许是有某种益处的。一位新加坡大学的法学教授认为：“我们目前应当改变对死亡的看法，对神经机能死亡的态度如同对生物机能死亡一样，由更加现实的观点所代替。对那些无法医治又很痛苦的人，必须对其实行积极安乐死，同时强调要由病人自愿决定。自愿安乐死是有意识的成年人

的权力，医生根据病人个人的愿望和必须遵守的条件与法律，尽可能使病人无痛苦地终止他的生命。假如在某种条件下，社会宣告自杀行为是正确的话，那么，我们这些为拒绝法律而请求实行安乐死的人还有什么必要设置障碍？对于一个人来讲，当生活意义业已丧失，而他仍过着经常的可怜的生活的时候，维持他的生命就违背了他本人的意志，显然这是一种无意义的残暴行为。因此必须把人类生活的神圣不可侵犯的原则，与人类自由、人类尊严等一样地相提并论。”

美国国会的非正式通讯简报中曾有过这样一段文字："安乐死问题……当有无可争辩的证据证明生命的终点即将来临，终止运用医疗技术来延续无望的生命或由他的直系亲人配合确定。医生、亲属、患者本人应联合协议走向死亡的方式。……这种方式，国会应予以讨论。……但是，草菅人命的行为仍然违反美国医学原则”。

1981 年第 8 期《苏联国家和法律》杂志中有一篇文章认为，积极安乐死在道德和法律上是允许的，这指的是，在特殊情况下，已具备下列条件：（1）在病人自觉和坚决的请求下；（2）任何药物也不能缓解病人的痛苦；（3）必须在医生全体会议上，确实毫不怀疑地证明无法挽救病人的生命；（4）具备检查机关预先通知书。但是，另外一篇文章反对这个观点，其大意是：（1）安乐死的诊断包含着医学上的错误，至少有局限性；（2）个别医生由于缺乏医学专业技能，将造成误诊；（3）必须充分估计医生因某种原因滥用这个权力的危险性；（4）医德和医源性的破坏；（5）医疗技术上的一种投降行为，是医学科学本身的病态的体现。

欧洲诸国，由于在二次世界大战时的精神方面和文明方面所受到的重创，对安乐死的热情远不如美国，所以，科学

家在这方面的讨论大多数沿用美国科学家的提法，而且更多的是在哲学思想领域展开讨论，公众的参与程度也远比美国为低，日本受战争的创痛犹未彻底复苏，以及东方文化圈的传统影响，对此讨论表现得并不热烈。其他东方诸国基于文化方面和经济方面的原因，学术界刚刚审视到这一现象，并且基本上把安乐死局限在学术讨论的范围内。在第三世界的国家和地区，由于受医疗水平和经济水平、文化水平以及宗教意识的制约，社会和公众一般认为讨论安乐死的意义很小。

4. 争论的若干要点

关于安乐死的争论，首先是从生命的数量和质量的相互矛盾关系中展开的。自从人口学家马尔萨斯提出，在人口生命与土地资源的关系上，存在数量上的局限，为了平衡这个矛盾，他认为饥饿、战争、瘟疫、节制生育可以限止人口数量，从而使生命质量提高。这一论断或这一思想时断时续地被人们信奉着。新马尔萨斯主义又主张通过提高人口生命质量来限制人口生命的数量，因而，有关安乐死的命题就被悄悄地提出来，并作为该理论的基石之一。生命遗传学家则认为提高生命质量应主要着眼于优生和遗传基因的研究，认为讨论安乐死是对科学精华的浪费等等。

安乐死争论的第二个要点是有关生命神圣和死的尊严问题。生命神圣，这从医学上讲是至高无上的。《希波克拉底誓言》和《日内瓦宣言》，多少年来一直是医疗实践中必须遵循的铁的原则。各国法律、法规、舆论和风俗习惯，对痴呆、严重畸型、伤残乃至各种濒临死亡的人，普遍采取极其宽容的态

度。这是人道主义的精神在全人类中的普遍体现。人类只有从尊重最弱的人做起，才能最终保持自己的尊严，这不但是社会进步和社会退步的分水岭，也是人类区别于其他动物的最重要标志之一。而持死的尊严的观点者则认为，生命是由生和死组成的，尊严的死和尊严的生同样应该是人道主义的主要内容。当患者提出安乐死时，医生明知无法挽救他的生命，却硬拖着让他忍受痛苦，这也是不人道的。勇敢的生和勇敢的死的统一正是人类伟大之所在，因为只有人类才可能有这样明智的选择。

第三个争论要点是人道主义和功利主义。人道主义强调，一个人只要一息尚存，医生就应尽一切力量予以维持，因为世界上只有人的价值是最宝贵的。相比之下，其他的物质都是微不足道的。而功利主义则强调，对一个无望的绝症患者投入大量的治疗力量，等于是浪费人类所创造出来的物质财富，应该把这些物资节省下来用到其他可能治好的患者身上去。

在人道主义者观点中，对安乐死持赞成的论点是：（1）既然病人可以自杀，为什么不可以安乐死？例如，苏联电视剧《这里的黎明静悄悄》，描写一个反法西斯战士腹部受重伤而无法被挽救时，守护她的排长有意暂时躲开，好让她开枪自杀。（2）既然成功的治疗是由于对准了症状，妇产科手术中有保母亲杀婴儿的，外科手术中有保命剪肢的，那么，对于安乐死来讲道理也是一样的，用舍弃生命来减少痛苦。（3）既然病人和家属都有安乐死的要求，为什么要违反人道地折磨患者呢。持反对态度的论点是：（1）只要还有生命现象，就有可能救治。（2）病人要求安乐死是在忍受不了痛苦的情况下的一种暂时性的要求。（3）要求安乐死是病人

精神空虚的表现。

从功利主义出发，赞成安乐死的论点是：（1）好钢应用在刀刃上；（2）生命已经历社会死亡和意识死亡，救与不救没有什么两样；痛苦地去死和舒服地去死都一个样。反对安乐死的论点是：不利于医学发展；不利于法制的维护；对绝症患者应设立临终病房和安息院。

集体主义和自由主义的争论点是：集体主义者认为，个人生命是人类集体生命的组成部分，部分利益应当服从整体利益，个人是否实行安乐死要看对集体利益是否合适。集体主义者对安乐死问题，一般主张采取消极安乐死。自由主义者则认为，个人有拒绝医生治疗的权利，有选择如何死亡的权利，个人出生由母亲选择，而死应由本人自由选择。其中，持赞成安乐死观点的依据是：（1）个人生命属于个人，有权按自己的愿望处理；（2）人的尊严使人有选择的自由，包括结束自己生命的自由；（3）个人因忧伤、疾病、精神创伤和肉体重创而产生绝望等时，有权结束自己的生命；（4）人类尊严具有最高价值，它存在于人类选择和生与死的理性活动中。另外一个具有代表性的主动安乐死的观点是：（1）我们要的是人的生命，还是以人性和人道为代价去换取的生物学的生命？（2）死亡有时也能成为人类的朋友，而不永远是人类的敌人。生和死都是宇宙万物的基本问题，死亡不过是事物的自然序列中的一环。（3）人在死亡的权力上是否能争取独创性？既然生命可以人工控制，为什么死亡却不行呢？既然可以避孕、人工流产，为什么死亡就不能多样化呢？（4）当死亡已不可逆转时，停止用药和麻醉致死，哪一样更好？

反对安乐死的势力还来自宗教界和非宗教界方面。宗教界的观点是，从宗教教义出发，禁止杀人，虽然罗马宗教界也

同意为了减少病人的痛苦，可以用药缩短病人的生命，例如教皇保罗六世说过："医生的职责与其说在于用一切手段尽可能长地延长一个不再完全是人的生命，不如说是努力解除疼痛"。基督教则诅咒一切自愿和非自愿的主动安乐死。按《圣经》教义：无罪的人和善良的人必不能杀。根据教义，信徒不能杀生，否则要下地狱。尽管天主教和基督教的宗师"耶稣"是被钉死在十字架上的，但尔后的教义都没有主张以牙还牙或安乐死的。

来自非宗越界的反对意见都是从实际社会生活和社会伦理道德出发反对安乐死的。有位学者，经欧洲各著名医院诊断后被确定为患有绝症，而且系晚期癌症病人。有的医生断言他能活过 3 个月就是奇迹。哪里知道，生命却和这位学者开了个玩笑，患者在 3 年后，仍坚强而又艰难地活着，经医院复诊，仍被确定为晚期癌症，但坚信他苟延时间不长了，哪知患者又活了 3 年。在这段时间中，他写了不少学术论文，作了不少科学实验和巡回讲学。因此，他说："安乐死，是迄今为止，人类给自己开的一个最大的玩笑"。另有一位心理学家，出生时是个缺损婴儿，脑部受过严重损害，医生曾多次断言他会目不明，耳不聪，口不能语，脚不能行，是一个十足植物状况的生物人。但后来的发展却恰恰相反，他经过持久的治疗和训练，终于成为一名很有学术建树的心理学家。因此他非常愤慨地谴责道："那些要求让人去死的人们，都是随风倒的愚人。死是一件极大的事件，怎么样度过这生命的最后阶段，一定要仔细斟酌，容不得草率从事。"

公众中的老、弱、病、残者一般都反对积极安乐死，认为此令一开禁，自己的性命必将岌岌可危。因此，认为用安乐死来提高生命质量或实施人道是因小失大，必将引起社会

秩序混乱。他们的观点是：（1）如果允许被动安乐死，主动安乐死就会接踵而来，当年纳粹党徒不就是按照欧洲科学家讨论的安乐死的理论，泡制了血泪斑斑的民族至上的优死，因此而残害了千百万人的生命吗？（2）在法律上，允许杀一个人，就会准许杀很多人，允许患绝症者安乐死，就会很快扩大到一般病人。医院的法权的膨胀，将会演出历史性的人类悲剧。因为人很少会不生病的，但一旦生病到医院治疗，就会全凭医生处置。此时，医生杀人如同探囊取物，还有什么人权、自由可言？（3）实施安乐死会使病人错过不少得到治愈的机会。医生判断不可能百分之百正确；病人可通过自我免疫系统改善；有很多绝症通过民间“偏方”治好，而“偏方”属经验治疗，含有某种碰运气的意思；一个未知的或未发现的新技术总是在失败中逐步萌发的，有时还可能在碰运气中被发现。

某些声望高的医学团体和有权威性的司法行政机构，所持观点较为稳妥。其基本观点如下：（1）个人的生命不单是由个人随意支配的，每一条生命都是人类的组成分子。因此，社会对各个成员有安置的权力，也有保护的义务。一个社会能够生存下来，禁止无故杀人无疑是最重要的一条。（2）不能把人的尊严和个人自由简单地扩大到可以把临终病人弄死，这要有严格的立法、司法、执法程序和严格的医学审批手续。（3）每一条生命都有一定的价值，对有些被误认为是社会的“负担”的患者进行医治，是人类社会的基本责任。（4）生命在临终时经常会发出异样的光辉，民间俗称“回光返照”。此时此刻，病人时常会吐出至关重要的信息。

5. 安乐死随机调查摘要

根据国外有关文献记载，支持安乐死的医生和临床病人越来越多，特别是在美国。据美国医学会通讯报道，1972 年调查材料所涉及的 400 名各种科目的临床和门诊的医生中，曾有 38%的医生被临床病人要求实施间接安乐死，要求的方式是各种各样的。有 54%的医生听到过临床病人及其家属提出要求间接安乐死或直接安乐死，其中要求直接安乐死的人还比较少，态度也不够坚决。据某个医院的民意测验可知，60%的医护人员接受被动安乐死的观点，只要病人申请，一律予以支持。另据某个医学院的一次民意测验表明，50%的医学院的学生赞成直接安乐死，在高年级学生中的比例要占到 70%。据某个肿瘤医院调查报道，实习医生赞成搞安乐死的占近 1/3，青壮年医生大约占近 1/4，而高年资医生仅占 1/5。5%的医生表示不愿讨论该项问题。这说明，随着年龄、医疗水平和社会阅历的增长，办事就力求稳妥了。以上仅是对个人意向的调查统计，实际执行中显然要打一些折扣，因为这会牵涉到不少麻烦事，包括司法诉讼和舆论的压力。

1972 年，美国生活杂志社对安乐死进行民意测验，运用随机抽样调查，回收投票为 41000 张，回收概率在 50%左右。据电子计算机归类统计，有 90%的人认为绝症病人有权利拒绝医生采用延长生命的人工手段。

1973 年，美国盖洛普民意测验表明，有 53%的人支持安乐死，而在 1950 年用类似的问卷测验时，只有 36%的人持赞成态度。但是，80 年代的民意调查表明，支持者的数量仍和

70 年代差不多。该项调查所反映的公众意向，在近十多年来较为稳定，这些数字变化表明，在安乐死的人权方面的理解上，公众的争论仍十分激烈，在可以预见的将来，美国社会舆论对安乐死所持的态度，不管是肯定的还是否定的，都恐怕难以有长足的进展。

为什么不少权威性医生或负主要责任的医生对安乐死持谨慎态度呢？据调查分析，大多数人怕引起司法争议乃至吃官司，怕影响医生的个人声誉和医德，因此，他们往往采取多一事不如少一事的姿态。再说，美国的医生是很忙碌的，求他们帮助治病的病人很多，可供研究的病情很多，需要他们在医疗方面解决的问题也很多。人们怎么会愿意干那种吃力不讨好的事呢？就一个人的年龄来讲，50 岁以下的医生对临床死亡问题尚有一定的兴趣，而 50 岁以上的医生基本上兴趣索然了。此外，美国教会在医疗机构中的影响很大，很多医生都参加教会方面举行的礼拜活动。在宗教教义笼罩下的心灵，是追求平静、安详和肃穆的，“西斯廷”的幽灵根深蒂固地盘踞在人们的脑海深处，它所具有的法力是深沉的。

1975 年，美国发生了一件令人瞩目的事件，即著名的“安乐死案件”。这件案件的主要内容是：有一对美国夫妇曾签字要求安乐死，但被有关当局拒绝。在这个“人权”价值观念极高的国家，发生了这起侵犯“人权”的行为，顿时在公众舆论中掀起轩然大波。新闻机构连篇累牍地报道事件真相和各方面的反映。以这场事件为契机，安乐死支持者自愿组织起若干小团体到国会请愿，要求国会调查并作出结论。此后，公众中支持安乐死的舆论倾向有了某种程度的提高。

然而，在权威性的结论尚未出台之前，争论依然纷起，

舆论也纷纷扬扬。

6. 有缺陷新生儿的安乐死

据最近联合国人口司有关权威人士透露，近年来，全世界的先天性缺陷者陡增，其中严重先天性缺陷婴儿，平均每天出生 1 万多个，因此，古代所谓“杀婴”现象又重新出现。例如，古斯巴达人把新生婴儿放在寒冷的天气里，来进行优生劣汰。这启发了现代有些科学家的思路，他们主张用科学的“安乐死”方法来替代原始的生命进化法，认为这是优生学和优生措施的一部分，是“人工流产”的发展。当然，这必须根据各国情况，在建立法定标准和法定程序后，才能逐步实行。

对有缺陷新生儿采取安乐死，这种方法在古代是广泛应用的。古希腊斯巴达的法律要求遗弃畸形、病弱婴儿，以保持部落人种的素质。柏拉图在《理想国》中提出，对有缺陷儿童要合理处置，不准智能低下的育龄妇女生育，限制已过理想生育年龄的妇女生育。假如在不良条件下已生育婴儿，则要严加检查，从而对有缺陷新生儿实行安乐死。亚里士多德在《政治学》中提出，反对让畸形婴儿活着。在古罗马时候，杀死一个畸形儿，家庭伦理、社会风俗和法律都给予认可，并被作为一项社会行为。在古代东方社会，对于有缺陷新生儿，如果是男性，对他实行安乐死的比较少，如果是女婴，则实行溺死，这是受传统文化和经济水平双重条件所制约的社会现象。

根据现代观点，对有缺陷新生儿实施安乐死，首先要有较为准确的指标，其次要有一套程序、措施和办法。对一个

有严重缺陷的新生儿，如果不给医治或者中途撤消其治疗，或者只给一般治疗、护理，使其逐渐死亡，称为被动安乐死。如果采取某些医疗、药品措施促其早死，则可认定为主动安乐死。但基于婴儿不可能表达自己的意愿，因此属于非自愿性安乐死。

有缺陷新生儿的确定标准：（1）不可能度过婴儿期，届时已处于临死状态；（2）处于不可抢救的疼痛之中，采用直接治疗和长期理疗都不可能得到实质性的缓解；（3）从发展眼光看，不可能具有最低限度的人类经验，对特别人特别是对亲人的照料，在感情和认识上没有起码的反应能力。在这3条原则精神下，对不同病种病例，还要分类确定医学标准，以便从严掌握，只有在取得大量经验材料并作了充分论证后，传统医疗原则才可能非常谨慎地被逐步修订。

对有缺陷新生儿实施安乐死，必然会面临若干有争议的问题。第一是有缺陷新生儿的医学鉴定上的标准问题。主要涉及胎龄、体重、脑、各器官的功能；人权在医学道德上与法律上的定义；医疗疏忽与遗传上的争议；通常治疗与特殊抢救的争议；生命的价值与生命质量的争议；等等。第二是有关伦理和利益的问题。第三是决定权掌握在什么人手里的问题。

我国有缺陷新生儿的发生率，按照国际医学标准大概在1‰左右，根据我国医学惯例，大致在 0.3～0.5‰。胎龄和体重与有缺陷新生儿有关，但由于相关的原因很多，一般认为它们并不是关键，而只是个重要参数。但残疾婴儿的发生率可能在 7％左右。前者是可能实行安乐死的对象，而后者则是不可实行安乐死的对象。在美国，救活一个生理功能非常低的出生儿（属轻度有缺陷新生儿），有时需花几十万美

元。以此类推，我国的经济代价大概是它的 1/5～1/10。这是个为数不小的资金，普通人是负担不起的。但是，基于医学道德，如果经济没有紧缺到山穷水尽的地步，一般是会咬紧牙关去抢救、治疗的。虽然这时在抢救上采取消极态度而导致婴儿死亡，很少受到法律上的追究，但人们特别是父母及家人在感情上难以接受，公众也会对此有一定程度的责难。

在确定新生婴儿的缺陷原因时，往往会引起遗传因素（产前护理）和医疗疏忽（产前医疗检查）的争议。由于争议涉及的是有缺陷新生儿，所以很少引起司法纠纷，一般可以在经济协议上通过医院和家属的谈判来协商解决。围绕对新生的缺陷婴儿治疗问题也有争议，一种持必须治疗的观点，一种持应当治疗的观点。持必须论者是从医学和人权角度作出判定，态度坚决；而持应当论者是从伦理和人情角度出发，态度较为缓和，他们的共同点是：

（1）人的生命是神圣不可侵犯的，有缺陷新生儿是人类生命的组成部分。因此，让他活着总比死去要好，那样总还存在着一种“希望”或“可能”治好患者。实际上，人类生活中的很多事都是从不可能到可能的。换言之，生命的可能从来都是突破不可能而得到发展的。过去，人类不可能到南极、太空、火山、冰峰，通过科学技术革命的历史性突破，现在可能了。同理，即使目前治好有缺陷新生儿的可能不存在，但将来有一天科技进步又使这成为可能，在这样的情况下，轻易结束一个有缺陷的新生儿的生命，无疑是草菅人命的错误行为。

然而，碰到具体实例时处理是很困难的。当一个有缺陷新生儿出现在医生面前，假如对他采用通常的医疗措施，虽

然不存在存活的可能性，但不用承担任何责任。反之，假如采用非常的医疗手段抢救，尽管存在微弱的可能性，但却承担很大的风险，而且经常可能出现有缺陷新生儿的超前死亡。现实生活的风险就是这样制约着医学家的勇气和毅力的。

（2）必须有一个生命质量的详细标准，还要有医疗处理等级、护理等级和药品等级的标准，从最低限度考虑，也要有个参考标准或参考文献。

（3）对无法延续生命的新生儿，应提供起码的常规性护理，即采取被动安乐死的办法。

（4）家庭、医院、社会保险等各方面的利益要立足于科学探索，假如没有一个协议性规定，就会造成不必要的扯皮。

对于这类有缺陷新生儿的处置大权，到底操在谁手里为好?

（1）父母常常是患者经济和感情的直接承担者和维系者；他们与患者有血缘上的联系。赞成者认为父母会统盘考虑自己的孩子是否应该实施安乐死，反对者则认为该时父母的理性状况不健全，容易心理失衡，造成判断偏差。

（2）医生，他是医学知识和医疗道德的主持者。

（3）护士，她的精心护理对于婴儿是极其重要的。

（4）社会，它能对此作出全面考虑，并能协调各个方面的关系。

在一般情况下，学术界人士中的大多数主张由各方面组成专门委员会来仲裁。但是，实践时成功的可能性却很小，至少不可能普及。因为，为这样一个患者成立一个委员会，其代价将是很大的。假如是一个常设机构，又将牵涉到医疗和社会行政体制的改革，在社会问题如此众多的今天，要作

出这样的选择，可能很不合时宜。当然，这种意见还是很有建设性的，它把今后应当实行的社会行为放到今天来考虑，这无疑表明了科学家的坦诚，同时，它为安乐死提案能尽早出台提出了有权威意义的信号。

所谓安乐死的各种观点，不管从何种意义上观之，也远不止于上述诸方面，而且它所应该关联的不只是学者的责任。我们认为，见到本书的读者，也可能会激发起一种历史的使命感；假如我们所写的文字，可能给公众带来点滴的启示，那将是我们的莫大荣幸。

四、艰难的选择

1. 通常与非常的选择

安乐死无论在思想观念上还是在医疗行为上，也无论是在法律判断上还是在道德伦理上所出现的相悖现象，都和它本身具有的两重性相关联。

当医生为病人治疗时，他必然出于道德上和法律上的责任感，对病人采取适当的医疗、护理甚至抢救措施。这时，病人也完全有权力获得这些。假如医生没有完全按医疗顺序给予科学的处理则被确定为失职，而使用超过了医疗范围的行为则被确定为越权。简言之，见死不救是失职，治死病人是越权。在抢救病人时出现医疗上的差错，不论是技术事故或者是责任事故，都是失职。但失职中孕含着越权的因素，这就是一般国家法律规定上虽然有疏忽罪（失职罪）的条文，却很少见到人们起诉，更不见当事人被判罪的缘故。即使司法部门认真追查，也只是协调各方面。

然而，医生没有义务，也没有可能给病人提供这个社会可以得到的一切医疗手段，尤其是当这些医疗手段对病人无益、无用，而病人又无法承担经济费用时。停止治疗，就是用通常的办法给病人实施被动安乐死；而用药品结束病人的生命，就是用非常的办法给病人实施主动安乐死。

所谓通常性安乐死一般遵循以下一些原则：（1）负担不太重。（2）使用的医疗措施和服用的药品是常用的医疗行为。（3）有益于缓解病人和病人家属的痛苦。因而，通常性

安乐死和被动性安乐死非常接近，前者特指范围，后者特指方式。

非常性安乐死一般与主动安乐死相联系。当一切医药、治疗和手术并没有可能给人以生命的希望时，如果此时使用非常性的办法，如用药品致病人于死亡，这就具有主动安乐死的属性。

由于每一个病例的对象、时间和地点不同，必然会使普遍采用的办法，即通常性办法与非常性选择的界线不明确。人们很难知道何时何地可以撤去某种支持生命的治疗措施。比如，当一个病人处于永久性昏迷时，对他还要使用人工呼吸吗？当一个临终的肿瘤病人处于合并心肌梗塞时，对他还要采取复苏措施吗？对于合并肺炎的患者，是否还要用抗菌素？等等。

由于所谓的通常性和非常性的区别极其模糊，因此，国外很多医院和有声望的老医生，对安乐死不感兴趣。一方面怕在法律上担风险；另一方面在于实践中难以把握。至于医学院学生和医院实习医生对安乐死特别有兴趣，这不仅出于他们喜欢新鲜事物，还因为他们对医疗技术的艰难性认识不足。

但是，通常性与非常性的选择，对脑死病人、癌症晚期患者、艾滋病患者以及其他患不可逆绝症者，很有实际意义。通常性安乐死办法已不成文地在悄悄实行着，而选择非常性措施又常常会引起争议，把问题搞复杂了。对于这些热点我们在下面一些章节将分别予以讨论。

2. 主动与被动的选择

主动安乐死又可称为直接安乐死，是指人们在有意追求

中获得的，是指医务人员或其他人采取某种措施加速病人死亡的。例如，一个病人处于深度昏迷，毫无神经功能，此时对其撤除呼吸器；一个病人长期内出血不止，靠输血维持生命，此时对其停止输血；等等。

被动安乐死又可称为间接安乐死，是指在间接或无意追求中获得的。比如，当一个病人患不可逆绝症时，医生停止使用药品；有些晚期癌症病人和脑死病人，医院对其不进行治疗；对某些不治性合并症采用无效的象征性治疗，而不采取通常应采取的积极治疗措施；等等。

公众一般在道德上易于接受被动安乐死，而对于主动安乐死，敢于公开支持的人很少。尽管如此，一些思想稳健的人士仍然担心，实行被动安乐死的结果迟早会导致主动安乐死，因两者的区别在很多方面是难以划分得十分明确的。美国有许多州先后提出安乐死法案，确认个人有选择被动安乐死的权利，但在全美 50 个州中，法律上都认为主动安乐死是非法的。

主动安乐死和被动安乐死都与自然死亡泾渭分明，但引起公众的舆论倾向却大相径庭。简单地讲，自然死亡是经过积极治疗后死亡或无疾而终；被动安乐死一般是在治疗后期中出现的；而主动安乐死是未经治疗或者在治疗中期出现的。在前两种情况中，人们总认为医生和家属都作出过极大的努力，而后者则认为医生和家属在敷衍了事。但这些又和“落井下石”完全不同。因落井的人并非不可救，即使不可救也应采取力所能及的抢救方式，这是人道主义的基本要求。而后一种死亡属安乐死，主要是指患不可逆绝症的病人本人和医生、家属对其所采用的方法。假如按一般国际公法来判定，“落井下石”属于故意杀人，不适当的安乐死行为属

过失杀人。因此从法学和伦理学的严格意义上来看，主动安乐死和被动安乐死在本质上是一致的，其区别主要反映在方式上或先后次序上或行为程度上，其区别存在于一般医务人员和公众的直观意识中。

当然，公众还有另外一种解释。认为主动安乐死和被动安乐死的目的意义不一样，主动安乐死的目的在于尽快结束病人的性命，而被动安乐死的目的在于尽快结束病人的痛苦。前者弄死人是由直接意识支配的，后者弄死人是由间接意识调动的。其实，两者都是有意识的人类行为，而且目的明确一致，即达到死亡的目的，都是不同程度地为了减轻病人和家属的痛苦、经济负担、心理负担等。在方式上，主动安乐死是要促进死亡，被动安乐死采用的是无妨碍死亡，俗称让他自己死亡或自生自灭。换句话讲，无妨碍死亡本身就是一种促进，只是程度上比较温和，因而观念上易于接受，以被动安乐死来排斥主动安乐死，是观念上一种模糊的表现。但是，在实际日常生活中，公众所需要的往往就是这样一种不甚明确的做法；而从社会安定和社会进步的科学取向来测定，则有逐步明确的需要。不甚明确即随意的行为，是滋生神秘性和专制性的温床，是阻碍科学进步的一种惰性行为。生命之火，只有在科学的制约中接近尾声，才具有完全的意义。

3. 失职与越权的选择

医生的失职，是指对病人的医疗漫不经心；而越权则是指超越了医生本身的治疗权限。相反，病人的失职是对医生不反映真实病情；而越权则是不了解自己病情，拒绝医生的

治疗。医生的失职行为往往造成病人间接安乐死，而越权则造成直接安乐死。同理，病人的失职导致自己间接安乐死，病人的越权导致直接安乐死。

医生对病人采取直接安乐死一般是有意的，而间接安乐死则是无意的。间接安乐死或无意性失职，都被认为是可以宽容的；反之，越权性的或直接安乐死最起码也要受到公众的某种程度上的责难。这里涉及一个经常发生的问题，即动机和效果的矛盾。

不考虑动机上有意与无意，只看客观上造成不良后果就予以谴责，并不是一定有道理的。假如动机不好受到批评倒也不难接受，而假如动机好却造成不良后果，并由此受到非难，那就是大多数人不肯干的原因。

从医疗角度看死亡，总是和效果不良联系在一起的，人们很自然地联想到医生的失职或越权。在这里，对医疗措施是否适当和适时总可能产生不尽相同的或迥然不同的看法，但有一点似乎是一致的，即医生在抢救病人时出现错误，不论技术事故或责任事故，都是无意的。因而这方面的司法争论很少见，常见的是经济赔偿或感情上的道歉。

从时间顺序上看，医生的失职表现在对不可逆绝症患者，开始采用不治疗的办法。当他们接收病人时，能推则推，推不掉时，往往采用姑息性的医疗、护理和平常性的药品，不采用实质性的抢救手段。而越权则表现在抢救病人时，采用不寻常的治疗方式，或在医疗上使用没有先例的方法，在时间上表现为超前和停止，失职则在时间上表现滞后。公众的情绪往往宽容滞后效应，这大概和公众的某种程度的惰性心态有关。特别在东方文化圈，这个效应表现得尤为显著。有人形象地把它比喻为收留一个孤儿，当你遇到一

个被人遗弃的婴儿，收留是一回事，不收留是又一回事，而收留后又赶走则是另一回事。收留孤儿是尽职，不收留是失职，而收留后又再抛弃则是越权。可见，世俗舆论必定把谴责的矛头指向越权者。这种公众的直观情感渗透到社会生活的很多方面，其中包括安乐死。而且，在这里表现出来的色彩更为强烈。

病人的失职表现在不向医院或医生要求抢救或特殊治疗，他们的这种漫不经心，在时间上表现为超前。当病人知道自己患绝症时，往往会抗拒医生的治疗或抢救，在时间上表现出滞后。公众的情绪，刚好对病人与对医生相反。公众一般可以原谅病人在不认识自己病情时，所作出的不配合医生的行为，认为病人知道自己病情时拒绝医生的抢救的行为是太犟。因此，流行着这样一句俗话，叫做“天作孽犹可为，自作孽不可为”。当然同情弱者的心态，仍是公众的主要社会行为。

不管是因病人失职而造成的被动安乐死，还是因病人越权造成的主动安乐死，从古至今都被世俗习惯和司法惯例所认可。令人不平的是，医生除因失职遭到轻度非难外，假如越权的话，则要受到极不公正的待遇。其实，科学总是在越权中不断前进的，为什么公众老是执迷不悟呢？这大概归因于公众的眼光的直观性和思维方式的持中性。而科学假想，总是带有某种偏执和某种狂热。科学实验，总是带着远距离的宏观审视和近距离的微观透视。安乐死问题，作为医学科学的新命题，似乎不可能越过这样的选择。因此，选择是必须的，却又是极其艰难的。

我们认为，科学工作者应用持久的历史责任感和使命感来启发公众的良知，这将会使艰难的征途变得平坦一些；同

时，也寄希望于善良的公众，能增强理解，支持科学家们探索性的实践。

4. 自愿与非自愿的选择

自愿安乐死，一般是指那些病人本人曾有过明确的愿望，通过口头或书面的形式表达出来，并有旁证或公证能证明患者有自愿安乐死的申请。非自愿安乐死，通常是指那些无意识或无认识行为的病人，如婴儿、脑死病人、昏迷不醒的人、精神病患者、智力有严重障碍的患者等，他们因不能表达自己的起码愿望，承受安乐死就是非自愿性的。

20 世纪 70 年代后期，当安乐死理论又得到重视后，这方面的立论主要围绕自愿安乐死，并把自愿安乐死局限于本人自愿谋求死亡，而且必须符合患有不可逆绝症、本人坚决自愿、病痛无法忍受和家属、医院同意等这样一些前提条件。而对于有行为能力的患者的非自愿安乐死，学术界从理论上一般不予讨论。

从人伦的根本上说，没有一个人自愿死。自愿安乐死是被逼出来的，假如医学上还有一线希望，病人不可能提出安乐死的要求。因此，有相当一部分学术界人士坚决反对安乐死。理由之一，病人的所谓自愿安乐死是从非常不自愿的基础上出发的；理由之二，病人在病痛无法忍受时作出的短期思维行为，具有很大的反复性和可变性；理由之三，不管医学如何发展，误诊总是存在的；理由之四，总有极小的可能医好通常的绝症；理由之五，自愿安乐死为非自愿安乐死创造了前提，进而为草菅人命创造了前提；理由之六，自愿安乐死者为了自我人权实现，损害了社会进步和社会安全；理

由之七，自愿安乐死损害了亲属的感情；理由之八，自愿安乐死违反了人道主义的基本精神。

当然，另有一部分学术界人士持相反意见，并针对上述说法提出相反的论点，理由之一，自愿安乐死的来源是什么并不能说明问题的实质；理由之二，病人的短时行为是相对而言的，可用一个等待期来补充；理由之三，不能因为有一定误诊概率就因噎废食；理由之四，不能因为今后医学的发展而对现在诊断持犹豫态度；理由之五，自愿安乐死有严格的公证、审查手续，不会发展为非自愿安乐死；理由之六，尊重每个自愿安乐死主义者的人权，是尊重社会中每一个人的人权的前提；理由之七，亲属尊重病人本人的自愿是自己的应尽义务；理由之八，自愿，以尊重人的尊严为根据，它应该是人道主义在新的科学和民主的背景下的一个发展。

自愿安乐死与非自愿安乐死的区别对于无意识行为的人来说没有任何实际意义，只有对有行为能力同时又患有不可逆绝症的人，才具有某种道德上的意义，从现行道德标准看，非自愿安乐死对有行为能力的人不适用，对自愿安乐死病人则有适用与否的争议。如 1936 年和 1955 年，英国上院曾为自愿安乐死展开了多次辩论，最后在安乐死问题上却都以否决案取胜而告终。

在自愿安乐死的逐步形成过程中，一个人的理智与情感的矛盾，一直要发展到临终的最后一刻。尽管某人知道自己的疾病已不能治好，他的理智可以命令他采用自愿安乐死的办法，但是他的情感是不可能平静的。情感上的恋生性，是生命神圣的精华；心灵的恋情是生命可贵的源泉。当人的理智已走向生命的荒原的时候，人的情感是不甘枯竭的。恰恰在这个时候，情感会表现出空前的哀怨，如泣如诉，断人心

肠，这种“春蚕到死丝方尽，蜡炬成灰泪始干”的情形，古往今来，谱成一曲又一曲人类生命更替的悲壮史诗。

当自愿安乐死者的理智与情感发生巨大矛盾的时候，医生的理智与情感的天平也是无法平衡的。他们会感叹医学的局限性，会为回天乏术感到内疚。而亲属则会怀恋患者的品质、人格，这种缅怀的情感，会在生命之火的点燃下一直燃烧下去，在理智上将会留下永不磨灭的遗憾。一群现代人要他们去面临并经受我们祖先运用过的古老而又原始的死亡方式，那是多么的悲凉啊。然而，当死神降临时，一切都在悄悄地、神秘地逝去了。留下的，是下一代的思索、记忆和凭吊。生孕育着死，死为生让出了路，自然辩证法就是这样的客观。此岸、彼岸，人类循环着向前行进。

5. 病人临终时做法的选择

以人道主义的精神对待临终病人，让他在平静、安祥、没有痛苦的状态下死去，这是在选择安乐死时必须予以考虑的重要问题。家属、社会各方面人士应当和医务人员通力合作，度过这个庄严的时刻。下面推荐若干种在病人临终时，他人对病人的作法，仅供选择。

第一，以真诚的态度对待病人，尽可能对病人说真话。假如对病人采用隐瞒的方法，不让他知道自己已患有不可逆绝症，可能会遭到病人的愤恨。因此，我们应该针对不同病人的性格、脾气、修养，逐步地解答病人的疑问，用暗示的方法，逐步让病人领悟；或用回避、婉转的态度转移话题，一俟时机成熟，再委婉地告诉他。切忌使用陈词滥调，甚至套话官腔，即使是空洞性术语也最好不说。谈话人要和病人的

感情休戚相关，要热情、诚恳地为病人解决一些实际问题，绝对不要在病人前流露出无可奈何的表情。

第二，想尽办法让病人抱着一线希望。医生要以极大的热忱和充满信心的举止来和病人相处，决不能流露出无能为力的表情。亲属要尽可能显示出对病人的希望，绝对不要暴露出疾病无治的绝望的神情。另外，在给病人准备衣物时，不要让他感到是为他的死亡作准备，更不能因病人就要死去而在某些方面草率从事。在一般情况下，待遇只要比病人平时无病时略好一些就行了，也不要在感情和态度上大好大坏，造成一种反常的气氛。不要过分地限制他该吃什么，不该吃什么，同时也不要完全顺他的心，他要吃什么就让他吃什么。因为如果限制的话，他会怀疑他的病非常严重了，而完全顺从病人则会引起他猜疑自己患了绝症，即不需要有什么禁忌了。生的希望，是人们在困境中的精神支柱，只要还有一线生的曙光，就应当非常有效地鼓励病人忍着剧烈的痛楚，艰难地在生命的旅途迈步。

第三，让病人保持与一切他认为需要的人接触，谈心或聊天。如果让病人住在与外界隔绝的病房或病床，他就会很快地觉得自己被人们疏远、隔离了，由此产生郁郁寡欢的心情，萌生孤独的感觉，而这对于临终病人将是最为可怕的。因为即使对于健康的人来讲，孤独，不但能非常迅速地损害他的健康，甚至会产生永难磨灭的心理创伤。令人遗憾的是，一般医生往往只懂得疾病的治疗技术，不能深入细致地理解病人的心理需求。当患者病情恶化时，随即将病人转入临终用的单间病房，那里通常设有特殊的护理措施，并在病房门上贴上“禁止会客、探视”的告示。然而他们万万没有料到这种作法只会取得很坏的结果，它至少将增加濒死者的恐

怖，增加亲朋好友的悲哀。对重病或绝症患者，应该让他与亲友接触，即便他们彼此之间不能说话，然而，眼神的彼此顾盼，声息的互相感觉，会给病人的心灵带来多么大的慰藉啊！此外，给病人擦一把脸，喂一口水，插一束花，亲一个吻，抚一下手，等等，不仅安抚了病人那凄楚的心，同时，对于亲友来说也是一种心灵的自我抚慰。要知道，这乃是人类的一种互沐之情，它闪耀着人道主义之光。

第四，创造出一种和谐的治疗环境。医生、护士应避免表情紧张和悲观无望。对于一个临终病人，不要把一批批抢救设备塞满病房，以免给病人以日夜处于紧急抢救状态的印象。不到病人死亡前的最后关头，不要过早地把亲朋好友乃至单位领导全部召集到病床周围。假如提早出场，病人便会领会这种“宣判临终”的格式而加速死亡。因此，可实行分别探视的方法，长流水引起长相思，以这样温暖的气氛来缓解病人临终的恐怖。在信仰宗教的人士中，可以运用宗教仪式来缓解病人对死亡的恐惧，神职人员参与当然是最好的办法。在世俗场合，亲属应该替代神职人员的功能，用亲人之情来代替“天国召唤之情”，用世俗代替神秘。

第五，尽可能满足病人的宿愿，为他安排好后事。对于即将逝去的病人，应该趁其意识清楚的时候，了解他的宿愿，并尽量设法予以满足，如经济的、人事的、情感的、隐私的等等愿望。同时，在一些愿望不可能在他生前实现时，请他留下遗嘱和遗愿，并向他做出保证去实现他的宿愿。总之，让他把想说的话尽量说完，才能避免死不瞑目。最犯忌的是亲朋好友对于病人的宿愿互相推诿和扯皮，甚至讨价还价，最恶劣的是亲属们当着临终病人的面讨论遗产，甚至撕破脸皮，进行巧取豪夺，这无疑是不人道、不道德的行为。

第六，当患者已临近死亡时，应把解除他的痛苦放到首位。对那些无意义，却对缓解病痛有益的方法应当都用上，对医疗手术、麻醉药品、针灸、推拿甚至饮食上的禁忌也应予以取消，让病人按自己的嗜好最后尝一尝人生的欢乐，同时，可让病人看自己想看的东西，听病人想听的东西。总之，在可能的范围内做到百无禁忌。这不仅给濒死者以最后的慰藉，同时也是生者的情感寄托，是对人们相互关系的最后检阅。

从广义上讲，上述若干作法属于被动安乐死的范畴，当然，有些措施介乎被动安乐死和人道主义抢救之间。不管怎样，以上述作法来对待患者是人类最理想的选择。这种选择是幸运的，而同时也是充满荆棘的。

五、有关安乐死的政策与立法

1. 有关安乐死的政策、措施问题

从死亡形式上看，主动安乐死与某些自杀有一些相似之处，即它们在结束肉体痛苦和结束精神痛苦、维护人格尊严方面是一致的。区别之处在于自杀死亡是本人独立的行为；而主动安乐死则是本人和他人的合作行为。其次，被动安乐死和疾病死亡也有某种相似之处，它们都着意在减少痛苦的条件下死去。区别在于被动安乐死是本人和他人合作的一种有意行为，而疾病死亡则是本人和他人合作的一种无意行为。再次，被动安乐死与他杀死亡也有某种相似之处，它们都愿意尽快缓解痛苦而死亡。区别之处在于被动安乐死是本人和他人有意的行为，而他杀死亡是本人无意、他人有意的一种行为。简言之，安乐死是一种介乎自杀死亡、他杀死亡与疾病死亡之间的一种死亡行为。因此，一般政策或原则，以患者本人意愿为第一标志，如本人无意的或非自愿的死亡都一般认定为他杀，本人有意的或自愿的死亡一般被认定为自杀，前者有他人参与，后者无他人参与。排除这两项，我们就可以知道，只有被动安乐死才能较少地和司法政策相抵触。

作为一项医疗政策，被动安乐死必须具备下列条件：（1）必须是患者的疾病在当时的医疗条件下被医学界公认为无法抢救的；（2）出于对患者的同情，出于对患者的死亡权力和个人尊严的尊重，用人道主义的方法人为地结束患者生命；（3）必须与其他类型的死亡，特别是用医疗行为致他人

死亡的犯罪行为严加区别。

国内也有人提出这样的设想，推动安乐死的政策实施，应该遵循这样一些原则：（1）不治之症，异常痛苦，无力负担；（2）经医学鉴定，属不治之症，且已濒临死亡；（3）必须由本人口头录音（书面）申请，亲属联名签署，公证人公证；（4）医生执行；（5）由医疗委员会统一审查、监督执行；（6）与当地风俗相协调；（7）有关方面如工会、司法、居委会等人士组成监审机构，建立安乐死程序。

苏联法学界有这样一种观点，安乐死在符合下列条件下才能得到法律上、政策上的允许：（1）在病人自觉和坚决的请求下；（2）任何药物也不能缓解病人的痛苦；（3）必须在医生全体会议上，确实毫无怀疑地证明无法挽救病人生命；（4）具备检查机关预先通知书。

在美国，法律禁止医生对病人施行主动安乐死，但政策容忍医生为绝症患者作出中止治疗的合理决定。

瑞士医学界对安乐死也采取一种宽容的政策。比如，有些医院内对有些老病人（完全瘫痪而无意识患者）停止输入食物或输入不足量食物，使这些患者因饥饿而加速死亡。医院不认为这是医生的医疗事故，法院也不予追究，偶然遇到上诉的该类案子，也以宣判医生无罪而告终。但是，法律上、政策上却没有明确的安乐死条文，一般参照其他法律条文，不触犯其他法律、政策就不认为有罪。

被动安乐死的政策还将触及以下一些问题：

第一，患者本身的问题。（1）病人主动提出安乐死是否因为确认自己得了绝症，是否自我感觉痛苦无法忍受，而神智是清醒的；（2）病人主动提出安乐死是完全自愿的，还是受医生或亲属的暗示；（3）本人是安乐死主义者还是一时的感情冲动；（4）病人的安乐死意愿是出于自身还是考虑到亲

属的利益；（5）病人对安乐死及其有关程序是否完全明白，对自己所拥有的权力是否明白。

第二，医生的问题。（1）病人患绝症，医生本人是否确认；（2）同行会诊医生是否确认，并且有无医疗见解上的争议；（3）是否暗示过病人得了不可治疾病；（4）是否尽了最大努力一直在抢救；（5）在利益上是否和患者及其亲属有牵连；（6）是否向病人宣传过安乐死的规定及相关事宜。

第三，医院问题。（1）医院是否组织过抢救性会诊；（2）是否审查过医生的诊断；（3）是否提供过本院最好的护理和药品；（4）是否了解过患者、医生、患者亲属的互相关系；（5）是否主动接受社会各界对安乐死的监督。

第四，病人亲属的问题。（1）是否给病人及时治疗；（2）是否给病人施加过压力；（3）是否受医生的影响和自己去影响医生；（4）是否在护理上尽到一切责任；（5）是否向患者规劝过不要实行安乐死。

第五，社会的问题。（1）司法部门是否检查过其中有犯罪行为；（2）医学部门是否检查过患者属不可治疾病；（3）患者本人所属单位及亲属单位是否采取过援助措施；（4）公证处是否经过周密审查；（5）社区管理机构是否过问过。

因此，在安乐死进行过程中，上述的一些问题将形成政策性交叉。比如，病人自己写过要求安乐死的遗嘱，这就排除了司法争议，患者及亲属书面向医院提出要求安乐死，则排除了公众和医院的民事纠纷，排除了医生失职的嫌疑，诚然，安乐死还没有一套完备的政策条文，而安乐死的事件却时常在医院里产生。按约定俗成的办法是，凡不涉及政策不允许的，就不予追究。如触犯某些政策条文，则按触犯那一条处理。对有些行为，政策条文里没有提及，而公众舆论是反对的，并且患者及亲属却做了，事后一般只给予舆论谴

责，并不追究社会责任。比如在我国，一般患绝症者往往能够吃最好的，穿最好的，而当有些患者亲属从实际出发稍微节俭一下，即可遭致舆论的谴责，被认为没有“孝心”或“在死人身上刮皮，缺德!”然而，政策上却没有这样的约束，因而也就没有相应的处理。还有一种世俗说法，叫做气死人不犯法。比如，当一个病入膏肓的患者在要求喝水时，碰到一个不肖子女做出违背患者心愿的行为（漫不经心、油腔滑调、霸道等等），病人可能就此一命呜呼。对此，政策上也没有处罚的规定，而公众舆论当然会对此严加谴责。

制定安乐死的政策措施，一方面要受伦理道德的规范制约，另一方面要受制于社会经济条件。伦理方面包括人道、孝道和恕道以及医德等。经济方面包括家庭经济、单位经济和社会经济水平。从前者出发，一般不提倡安乐死而任病人自生自灭；从后者出发，大致赞成经社会各方面周密研究后有步骤地、谨慎地推行安乐死。

2. 有关安乐死的立法问题

法，是人的意志的体现。在现代各国宪法中，都把保护人的生命安全和维护人格尊严放在首要位置。各个单行法、专门法以及法规、规定，均在这个原则下进行分类，规定实施对象和范围。“安乐死”意为“无痛苦死亡”，目前一般公认的、较为一致的定义为：一个人患不可逆绝症，无法承受痛苦，本人自愿，医生鉴定并实行。从这个比较狭义但定义明确的概念出发，来讨论安乐死立法问题，是世界各国的共同特点。

第二个特点是，如果接受了自愿性的安乐死，将可能会出现某些危险，即对社会结构以及没有安乐死要求的个人构

成巨大的威胁。二次世界大战时法西斯匪徒就曾丧心病狂地滥用过它，造成人类空前的灾难。因此，今天讨论安乐死立法，一方面要牢记人类曾经遭受的苦难，另一方面要面对科学发展，作出新的决断。在现时，安乐死仍然会出现被某些人或集团滥用和错用的危险，因此，目前严禁杀人的法律仍无丝毫的松动。安乐死的立法，可能导致其他相关法令的松动，新的法则可能被滥用。实施安乐死的对象，可能超出原来少数严格符合要求的病人，而被扩展到成群的病人，首先是精神病人、残废病人和长期卧床的病人。如果在法的规定下，公民一窝蜂地执行，政策上将是难以区分的，会发生病人根本没有要求过安乐死，却终于莫名其妙地被实施安乐死了。这种危险还将很快地波及到新生儿和高龄老人这两群人，他们的生命将得不到保护。假如这样，结局将与人类善良的初衷相反，人类将自食亲手栽下的苦果。

有关安乐死的立法，就其形式来讲，已有判例法、习惯法、成文法等等。判例法是法院审定病人要求，中止治疗和实行安乐死的决定。此法分为安乐死发生前对申请人的要求的审核性判定，安乐死发生后对起诉案件的判决。习惯法是法院按照习惯和约定俗成的办法，酌情予以仲裁。一般文明国家在传统法规上规定禁止任何形式的杀人，但应用于临终病人的规定从来就比较含糊或不着边际。因此，习惯法具有很大的大众行为因素。成文法是按照法定程序制定的有明确权利和义务的条文，它涉及的对象、范围、方法、量刑标准等都十分确定，伸缩性很小，判例法和习惯法原则比较简单，而涉及情况却很繁复，在下面章节将穿插介绍。这里简要叙述一下有关成文法的一些情况。

成文法运动开始于 20 世纪 30 年代的英国，它由医学界人

士发起，有关学术界人士参加而成立了英国自愿安乐死立法协会。1936 年在英国上议院提出了一个法案：对于安乐死，要求人们签署一份申请书，申请人年龄必须在 21 周岁以上，而且患有绝症并痛苦异常，签署时需有两个证明人在场作证，然后递交由卫生部任命的“安乐死审查人”审查，最后经司法当局鉴定后交付医院，由该院任命有声望的医生执行对患者的安乐死。这是安乐死成文法的最早雏型，但未真正成为法条而施行。

差不多同时，大洋彼岸的美国的内布拉斯加州的立法机构，也组织有关人士讨论有关安乐死法案。此外，波特尔牧师组建了美国安乐死协会，以广泛讨论安乐死立法问题。

自 1938 年法西斯分子滥用安乐死后到 50 年代后期，这个立法问题一直处于休眠状态。从 60 年代起，随着工业革命掀起的第三次浪潮，医学革命得到复苏，安乐死立法运动重新兴起。1960 年，有人在英国议会提出了安乐死法案；1962 年，日本最高法院规定，允许早死条例。这两个法律案件都提出了先决条件，即本人自愿；本人申请；医生诊断患绝症；患者痛苦异常；亲属同意。

1965 年，瑞典通过了医学法律程序，对安乐死作了条文规定和约束；1975 年，美国加利福尼亚州通过了正式的安乐死亡法，即《自然死亡法》，此法综合了学术成果和公众意愿，搞得比较完整；到了 1984 年，全美国已有 15 个州以及哥伦比亚特区通过了死的权利的法案；1973 年美国通过了医学法律程序；1969 年英国国会辩论安乐死法案，声明医生给一个作出宣布的合格病人行使安乐死是合法的；70 年代后期的法国、德国都先后制定了有关安乐死的法律程序；荷兰、日本的名古屋等地开始有了一些安乐死的法律条文，规定安

乐死必须同时具备下列 3 个条件：（1）无治愈希望；（2）继续医疗是异常痛苦的；（3）本人自愿；（4）医生可以按照病人意愿执行。

我国尚处在对安乐死的有关问题的引进阶段，主要发端于医学界，尔后渐次波及哲学界、社会学界和法学界等学术界。1988 年上海举行了第一次市级和第一次全国性的安乐死研讨会。在这以前，我国的一些报刊、电台就安乐死问题展开了讨论，这些讨论是引进消化后，结合我国具体情况展开的。尽管这些讨论还是初步的，参加讨论的人士的代表性和权威性也不足，但是，这样的大胆的思想交锋，必将给今后的立法提供有利的条件。

3. 医疗、保健的新形式

20 世纪 60 年代中期，提倡病人体面死亡的运动，得到越来越多人士的支持。于是，美国医学界设想出医疗保健系统的一种新形式，英文是“Hospice”指的是使临终的患者在生命的最后的一段日子得到人道主义的照料的场所。

Hospice，《新英汉词典》译为：（1）旅客招待所（尤其指教会办的）；（2）收容贫、病者的机构，济贫院。可见，这是对有困难的病、残公民实行救济的机构或场所，而临终病人只是所有需要照料的人群中的一部分。后来这个解释有所发展，《牛津现代高级英汉双解辞典》中解释是：（1）供旅客休息的招待所；（2）为垂死者而设立的医院。显然，为临终病人服务的比重加大了。后来医学界把 Hospice 改造为临终医院或临终院、临终场所，并把它划分为两大类型，一类是公共性的临终场所，另一类是设立于病人家中的

临终场所。这两类如果都按 Hospice 的原则加以建设并给以科学管理，则符合最初确定的原则，即让临终病人幸福地逝去。

传统的临终病人大多数死在病人自己家中，其中只有极少数有钱，又有文化的家庭才设立临终场所，大部分人只能享受临终病床，因而病人在临终时的待遇差别很大。另一部分人临终时住在医院，有的是与重病号或不可治病人集中于一室，有的则是和普通病人住在一起。到了 20 世纪 60 年代，医院逐步想办法把临终病人集中在一起给予护理，认为这样能更好地、规范化地照料病人。

60 年代初，英国临终医院的创始人桑得斯博士在英国创立了“圣克里斯托弗安息所”，1963 年他在美国耶鲁大学医学院讲演时，把安息所的经验介绍给美国同行。此后，临终医院在美国蓬勃发展起来。1974 年美国的康涅第克州的纽黑文“安息所”（即临终医院）开始接受临终患者。1978 年，美国全国安息所组织成立。同年，康涅第克州成立美国第一个订有法令、规则，并按法定程序管理的安息所。到 1982 年，拥有法定执照的安息所已发展到十几个州。1981 年凯洛格基金会资助一个专业委员会着力于制订安息所工作纲要，并帮助研究安息所管理细则。1982 年，里根总统宣布每年 11 月 7 日到 14 日为全国安息所周。现在，美国的大小城镇以及偏远地区都不同规模地成立了安息所，数万个家庭安息所在公共安息所的指导下如雨后春笋一般建立起来。有关安息所的杂志专栏，电台、电视专栏普及传播安息所的有关知识。美国人似乎认为安息所是“安乐死”的发展，它比各种形式的安乐死更为人道，符合传统习惯，同时又比传统治疗更为科学、合理。

现在，安息所已得到国际社会的广泛承认。据 1982 年统计，英国已建立 77 个安息所，日本、加拿大、荷兰、瑞典、以色列、南非、法国、德国等国家都有一些安息所的设置，不过没有美国那么多，覆盖面也小得多。

安息所拥有的工作人员，一般应该具备的条件是：有一定年资的医生、护士领衔，拥有物理治疗专家、心理学专家、社会学专家、牧师以及其他后勤服务人员。

安息所的类型可分为：

（1）有完备医疗器材和人才的独立安息所；（2）附属于医院，但有相对独立性的安息所；（3）作为医院某一病区的安息所；（4）当医院某一时期里临终病人比较多时，临时把病房改为安息室，这种短期的场所，在病人处置完毕后就撤消；（5）在大病房内，把若干个临终病人放在一起护理，称为安息组；（6）在病人家中设立安息室；（7）以社区救护室为基地（也有称护理之家），收容临终病人；（8）私人开业医生诊所内设立安息室；（9）在救济机构内设立安息室；等等。

安息所或安息室，不管是大型的还是小型的，长期的还是短期的，独立的还是附属的，都必须遵循以下一些原则：安息所的服务必须一年到头，每天 24 小时，随时随地开展服务工作；必须由一个医疗性的多学科的工作人员组成班子，并综合性地提供服务；家庭安息所必须得到公共安息所的支援和指导。总之，必须给临终病人以最人道的待遇，物质上应该不低于公众的普遍水平。

另外一个显著的特征是，医院总是避免和病人谈到死亡，而安息所则可以承认死亡，谈论死亡，并指导病人及其家庭处理好这一最终的结局。这项工作实质上是一项多学科

的综合，全社会的开放系统的释放，它凝聚了人们对有关死亡的信念、感觉——标志着人类对死亡的自信心开始确立在科学意义上。在当代，人们不但已经较完善地解决了生命的出生问题，也试图着手选择死亡上的人的权利，探索体面的死亡方式来求得善终，这是人类在生命选择方面具有重大的开创意义的进展。

争论再争论，是安乐死问题所具有的一大特点。人们似乎有意无意地在他们之间寻求一座桥梁。从此，诞生了 Hospice——安息所，它容纳了赞成或反对安乐死的两方面意见，从医疗实践上缓和了人道主义和功利主义之争。当然，这种调和只是一种选择，它并没有宣告有关安乐死的争议到此结束。与此相反，它一方面在实践上取得了社会上尽可能多的公众支持，另一方面在理论上也为有关安乐死的进一步讨论提供了背景材料。因此，这是人类选择生命方式的征途中的一站，一个十分有意义的一站。

Hospice 是西方医疗实践中逐步摸索出来的产物。我国的某些医院特别是大医院，为了解决病房紧张，提高医治率、周转率以及提高对患者的护理质量，也已在医疗实践中逐步地把重症患者集中于一室进行治疗，并且把相同的或相近的病类患者进行归类处理。实际上，虽然没有 Hospice 的名称，但其主要原则却被遵循了。当然在治疗和护理的专门性上仍处于初级状态。国外 Hospice 的原则和方法对于我国的医院如何处理临终病人的方法上，是有很大启示的，最近，学术界有人提出把重病房扩展成 Hospice；在地区医院和敬老院内，先试着建立几所 Hospice；在有条件的家庭，可在目前家庭病床的基础上，按照 Hospice 的原则予以创建；同时创造条件，在城乡接合部建立中小型的 Hospice，

并附设专门性的研究实验基地，等等。

基于文化、伦理方面的传统，从 Hospice 被我国接受的可能性来考虑，不但政府、医院容易采纳，就公众意愿来讲，接受的可能性也很大。这可以根据自愿的原则，先在自愿者中试行。因此，患者到了 Hospice，万一病情有所好转，也可转回医院继续治疗。另一方面可大大提高现有常规病床的周转率，同时，有利于对绝症患者的专门性研究，有利于临床水平的迅速提高和药物实验水平的提高。这个形式，在经济富裕地区的文化层次较高的人群中是可能行得通的；在已经试办家庭病床的家庭中也可率先试行；在现有的街道医院中也可选择若干小组进行试点；在敬老院和托老所内更可以试办。

根据 Hospice 的原则，原来的护理质量需要更上一层楼。

4. 对待植物人的政策

按照医学定义，植物人是指人处于植物状态，即去大脑状态或去皮质状态等等。按欧美一些发达国家的医学主张，患者如果不是全脑死亡，脑死亡定义就不适用；而没有脑死亡标准的医学界更是把植物人当作一种特定类型的病人予以医治。

诚然，按照学术界的安乐死定义，要把患者申请作为第一前提，以及受遗嘱法（如 1980 年美国有 35 个州及哥伦比亚特区通过了关于预嘱的法令）的制约，安乐死不能应用到植物人身上。

但是，有些专家认为，植物人的不可逆昏迷的属性，使

生命处于濒死、垂危状态，是生物学意义上死亡的开始和社会学意义上的身份临近丧失或业已丧失。尽管随着医学的发展，以在不可逆的今日可能成为可逆（例如 CT 的使用使沉睡 11 年的植物人苏醒过来），但在具体的时空坐标内，仍具有确定意义。据日本学者就 219 名植物人医疗后的情况调查统计，经治疗脱离植物状态的有 14 人，占 6%；植物状态有所改善的有 4 人，占 2%；维持植物状态的 110 人，占 50%；死亡的 80 人，占 37%；随访不明的 11 人，占 5%。也就是说，有 8%多一点的植物人经精心医治后，能有不同程度的好转。可见，在植物人的政策制订上将会遇到这些问题：（1）植物人无自主意识表达，因此不能实施安乐死；（2）植物人恢复率低；（3）拖延植物人生命的医疗费用昂贵。基于这种情况，国外有关当局即把植物人送到 Hospice，按安息所的办法管理。

我国治愈植物人的概率远比日本低，对植物人实施明确安乐死目前尚无先例。然而，植物人已没有自主意识，不能运用思维肯定自己的存在和社会价值，更不能从物质和精神上满足社会和亲属及他人的需求。因而用人道的办法结束他的生命可视为仁慈之举。它可以减轻家庭和社会在物质、精神上的负担。在我国物质生活水平低和病床紧张的条件下，这样做显得尤为重要。但这里又将要遇到由谁来执行的问题：（1）病人通常无法自我执行；（2）家属执行，根据目前的舆论、文化背景条件，都还不具备，而且家属本身不可能持这样的开明态度，再说，在现行享受公费医疗很普遍的情况下就更难实行；（3）如果由医生执行，则受制于传统的医德，在没有医学法律的监护下，由一般医生执行是不可能的。

从目前情况看，安乐死的研讨刚起步，要制定安乐死的有关法令是不可能的，何况对植物人进行专门立法更是难乎其难。有的专家提出建立一个由医学、司法、伦理、行政、家属等方面的专门委员会来处理这样的病案。这样必然会遇到一个很大的问题，第一，有关安乐死的理论在一个学科内分歧尚很大，在不同的学科领域内分歧更大；第二，以往的各项有关人命的政策法令大多数与此相悖；第三，各部门人士的组织、协调、仲裁的工作量非常大，常常要花费不少人力、物力和时间。由于这些人员都有自己的专门工作，如果把他们脱出一段时间，原单位一般不可能同意，其次是本人一般不甚愿意，再次，不可能获得这笔专门经费；第四，时间长和花费大的安乐死与原来的拖延至死相比，得失相差无几。社会效益和效果之间，经济效益和效果之间会很不协调。显而易见，这种过分医学化或医学社会化的行为，会给社会蒙上死亡恐怖的阴影，这与医学科学的现代化是相违的。我们认为按照 Hospice 的原则，根据我国现有的医疗水平和物质条件，建立医院、社区、家庭三种类型的安息院来收容植物人是一项可行性很大的行为，从我国人民的风俗感情上讲也易于被接受。

由于植物人的年龄有大小，拖延的时间有长短，这就自然而然地会引伸出一系列有关婚姻、家庭和人权的享有问题。以年纪轻、拖延时间长的植物人来讲，首先面临的是婚姻问题，即当婚姻的双方有一方成为植物人后，另一方是否应该维持婚姻。假如维持，配偶将终年照料植物人，本人的情神和爱情生活将严重丧失乃至完全丧失；假如不维持，植物人的一切经济负担以及监护责任就无法落实。我国传统伦理道德无疑是赞成维持婚姻状态的，而现行婚姻法却规定婚

姻以爱情为基础。那么，当一方成为植物人后，配偶很可能出现两种情况。一种情况是，配偶认为爱情已丧失或已在很快地丧失；另一种情况是，认为由于以往的爱情太深厚了，足以保持到植物人死亡时。诚然，配偶认为爱情依然存在，肯定会受到公众舆论的称赞，而认为爱情不复存在的，在大多数情况下会受到非难，至少是不屑一顾，被公众看作是势利小人。然而，不管是否承认爱情存在，都有个无法检验、论证的问题。法院宣判要以事实为根据，在这里也将遇到难题。因为只有一个当事人，因此，转而求助于惯例和约定俗成，法律在这样的背景下就显得疲软。在通常的情况下，遇到这样的头痛问题，通过单位约定当事人和有关人员来协商，往往要经历繁复的协商，才能使这类矛盾得到缓解。这样经过协商后得到解决的办法，就成为有关单位的惯例，这种不成文的约定俗成就成为今后立法的前提，同时在一定的意义上也是一个障碍。我国不少专门法规就是从这些无数的约定俗成的办法中提炼出来的。届时，由于有了不成文的行之有效的办法，就阻碍了法制化的推行，这大概同中国文化崇尚简约、综合、随意、直观性有一定的关系。

可见，植物人的婚姻通常是通过私下的、民间的、单位的、直至法院的协商来解决的。那么，植物人在维持原有婚姻或婚姻解体的两种情况下，他的家庭将通常是怎么样一个状态呢？

第一，维持婚姻状态。植物人的子女将生活在事实上的单亲家庭里，其父母和公婆（岳父母）将由配偶照料，配偶的精神和体力负担将是沉重的。同时，经济收入也将受到严重影响。对于上一辈来讲，主要是精神负担和照料水平的下降；对于下一代来讲，在教育和精神上的损失也将是很大

的。实际上，这种压力不亚于一般离婚后的单亲家庭。

第二，婚姻解体状态。植物人的子女将生活在重新组建的家庭里，上一辈则有共同生活与另外生活两种情况。对于上一辈来讲，原有家庭和新家庭的差别不是很大的，因为子女（媳婿）的新配偶和自己的感情不深，没有血缘联系，不能过高期望晚辈对上辈会有很好的照料。而下一代的生活则可能有一定程度的缓解，最主要的是本人即植物人的配偶，他的身心将得到一定程度的解放，尽管原有的隐痛是无法消失的。

第三，婚姻解除，但负有婚姻义务，这主要针对植物人的配偶而言。植物人的配偶在解除婚姻关系后，可以组织新的家庭，选择新的婚姻关系。但是，对于植物人的婚姻关系的一部分仍保留着，如监护责任、照料责任以及殡葬责任等等。这种方法不仅为东方诸国所采用，就是西方一些国家也仍较为普遍采用。因为它在人道主义的原则下照顾了各方的人权；在功利主义的原则下照顾了各方的利益；在文化背景下，考虑了传统和现代的衔接；在伦理前提下，容纳了报恩和求生的连接。

随着医学的不断发展，原来很快就要死的病人将可以转化为植物人，而原来的部分植物人将会被治愈。但是，不管医学如何地发达，要根绝类似植物状况（或由其他类型代替）的不可逆的绝症将会继续存在，如最近发生的艾滋病就比癌症更使人恐怖。因此，研究在我国筹建符合我们国情的 Hospice，已显得越来越迫切，相应地按照“婚姻解体，但负有婚姻义务”原则来判决、协调和协商解决类似病案就更显得必要了。有了 Hospice，植物人的安置问题将会得到进一步的完善，对植物人如何履行人道主义也就会变得更加具

体、明确。同时，集中护理将会提高医疗设备、药品的利用率，经济开支也将大大减少，患者家属的身心及财力的消耗也将会得到某种程度的缓解，患者单位也将减少经济开支，减轻行政方面所承担的压力。

总之，植物人的数量虽少而牵涉的问题却非常复杂，要很快建立司法程序是不现实的，但可以在条件许可的情况下，对某些管理办法作些改良。这个工作可交给有声望的社会人士去办。这样，既有利于医疗制度的改革，又有利于经费和人才的落实。在国外，类似的公益性的，慈善性的事业，除了教会予以主持外，还经常是由社会知名人士来承担，特别是达官贵人、富商巨贾、高知识阶层的人士。这些措施对于我们来讲，也是很有借鉴意义的。

5. 器官移植涉及安乐死的政策问题

器官移植是指将某个人身体的器官通过医疗手术，把它置于同一个人体（自体移植）中或置于另一个人体（他体移植）之中。近 10 年来，随着免疫技术的改进，以及控制病毒感染及其他并发症能力的提高，器官移植效果和成功率大大提高。这种技术在大众心目中生根之后，由于可供移植的器官来源问题没有解决，结果造成了严重的供不应求的现象，因而很多病人因为缺乏器官来源而死去。

除了人的血液、骨髓、肾等可以从有生命的人体提取外，其余可供移植的器官只能取自尸体，否则等于用一个人的生命换取另一个人的生命，这在现代医学伦理中被认为是不合理的，法律上也不能允许。因此，欧美一些国家对从尸体上提取器官采取三项基本政策：自愿捐献、商业化、推定

同意。

自愿捐献的原则体现在 1968 年的美国统一州法律全国督察会议的统一组织捐献法：（1）任何超过 18 周岁的公民可以捐献他身体的全部或一部分被用于教学、科研、医治或移植的目的；（2）如果个人在死前未作过捐献表示，他的近亲可以代办，除非患者曾反对过；（3）如果个人已作出过捐献遗体的决定，就不能被亲属取消。这个办法很快地被其他国家所仿效。

商业化，是指建立人体器官市场。一种形式是允许本人或本人死后由近亲把器官拍卖给出价最高的买主。另一种形式是通过信贷制度，凡捐献器官的个人，其亲属可以优先享受，不鼓励用钱直接买卖。自 1984 年起，美国立法反对人体器官的买卖，但黑市市场交易却更加猖獗。

推定同意，是指由政府授权给医生，允许他从尸体上收集有用的器官，一般有征求亲属的同意和不征求亲属的同意两种情况。

由于器官移植术的发展带来器官供需的矛盾，将会给安乐死带来一系列相关问题：（1）为了某些人需要某种器官而对病人实行安乐死，导致安乐死的滥用；（2）当一个濒死病人的器官移植到另一个普通病人（除某一器官破坏，其他器官却很正常）身上，即用濒死病人的安乐死来换取另一个人的起死回生，这面临法律上是否允许的问题；（3）某一亲人为了救治其他亲人，预立器官捐献书面意见，然后自杀或请他人对其实行安乐死，这牵涉到是否合法问题；（4）对患不可逆绝症的病人实施安乐死，该病人没有任何亲属，他的尸体是否能进行器官摘取问题。

如果在法律上允许安乐死，按照上述器官移植法推定，

将给第（1）条中禁止滥用安乐死带来很大的困难。如果用不能以一命换一命的法律来判断，第（2）条也将不准施行。但是，按照安乐死的规定，则可认为一个人的安乐死并不只停留在死者和其亲属的人道主义意义上，还增加了抢救另一个生命的人道主义意义，其意义将比原来设想的安乐死意义更为积极。第（3）条则涉及自杀的意义，它改变原来的定义，这是因为目的改变了，原来的意义只是结束痛苦，而现在则增加人类互助、互济的全新意义。第（4）条则涉及尸体的器官在没有任何前提下是否能摘取的问题，如果按照安乐死的人道主义原则，那当然是可行的，如果按照一般民法，则没有根据或根据不足。

最近，因人体器官移植而产生的一些纠纷，在西方现实生活中时有发生，并引起极大的司法争议。

据挪威北部的贝根市的最新报道，“一位名叫桑雅·伊方逊的35岁的挪威籍妇女，因她的独生女儿患肝癌快要死亡，桑雅毅然举枪自毙，捐献出自己的肝脏，移植到她的女儿身上，使女儿得以存活”。针对这一事例，持赞成观点的人士认为这是伟大的母爱，是医学昌明的硕果；持反对观点的人士认为这纯属自杀滥用之先声，尽管法律上对此没有制约，社会舆论却不应该提倡它。

另据报道，巴西警方于前不久在当地海滩的礁石洞和城市的垃圾桶里，搜查到不少人体器官残缺的尸体，看得出这是一些训练有素的解剖师干的，所有有用的器官都荡然无存。

另一则消息，英国海关在搜查违禁品中，发现一只封闭的冷冻箱子，里面装殓着保存得很好的新鲜人体肾脏。这显然是从活人身上窃取器官的谋杀案加走私案。这样的犯罪获

利，比以往的任何形式（包括贩卖奴隶）要高得多。

消息三，日本黑社会控制的高利贷组织，在欠债者无法偿还债款时，通常用各种强迫、诱逼手段使债务人“自愿拿出”一部分自身器官以抵债务，然后由黑市贩子转售，牟取暴利。

消息四，美国和南美一些国家中，有些穷人因生活窘迫，不得已出售自身器官来维持惨淡的人生，有的暗地里进行交易，有的甚至张贴广告来交易。

毫无疑问，各国法律都严格禁止人体器官的买卖行为。但是，如果对安乐死的法规制订得不严不细，则可能给上述事件留下背景条件。法西斯分子实行安乐死主要着眼于政治角度，而现代罪犯滥用安乐死却着眼于经济角度，不管怎样，这些恶劣行为都是对人道主义最严重的践踏，在讨论安乐死的时候，这是无论如何不可忘记的先决条件。

任何科学的发现，在给人类带来福音同时必然潜伏着危机。如镭的发明导致了原子弹的诞生；人体器官的移植成功，既给绝症患者带来幸福，又给人类的犯罪行为孕育了祸害。这种二重性，已经事实上展现在当代公众面前，它既和安乐死有极为直接的联系，又比安乐死涉及的范围更为广泛，对于社会生活产生的后果更为深刻。因此，怎样在法律上拟定限制性措施，学术界应该作超前研究，以防止引起社会的某些剧烈震荡。

六、安乐死的启示

1. 生就意味着死

文艺复兴时期法国著名人文主义者蒙克说过："世界上最重要的事情就是认识自我"。这个观点从阿基米德起，贯穿在各派思想的几乎一切方面的论争中，至今仍然是中心议题之一。

生与死，是人类"自我"的基本活动在不同阶段的不同表现。然而，人类认识"自我"是在对宇宙作最早的神话想象的解释中，逐步发现人类的起源和发现人类的生存而开始的。这是世界上一切宗教（哲学）——犹太教、佛教、儒教、基督教的历史发展步伐。同样的原则也贯穿于思想、伦理的一般历史进程中，因此有位哲人将它概括成这样一句格言：我已经寻找过我自己。

文艺复兴时代，哥白尼体系独树一帜；启蒙运动的兴起，把物理学和数学推到了科学的前沿；生物学夺取数学的王子地位则已是 19 世纪的事了。从此，寻找"自我"便有了坚实的有机物的基础。这一时期，研究自我——生命的生与死，被置于一个完整的科学角度，而且总是把生命的生和生命的死放在一起来考察。这样不仅摈弃了有关灵魂不灭的说法，而且为死亡的学科化和科学化打开了崭新的思路。因此，生就意味着死的命题被思想家科学地提出来了。

按照宗教的定义，生命的死的最一般解释是：生命的有机物被消灭，而灵魂不灭，它转移到神那里，然后按照神的

意志，又托庇于机体回到人间，生命是按神的意志此消彼长，反复轮回。

传统伦理思想和宗教关系十分密切，有时甚至是宗教的依附物，对死亡的积极态度是追求来世，对死亡的消极态度是追求长生。

由于近代科学特别是生物学的长足进步，有见识的科学家特别是人类生态学家，提出了物种、物源、物流的自然竞争和选择的原则，揭示了生命是一个连续的永不间断的生命流，是一个连续性物种进化。但是，如同研究一只昆虫的变化那样来研究人类生命的死亡时，就遇到了阻碍——死亡的真谛是什么？思想家争论的要点有：尼采将死归结为生命意志的衰亡；弗洛伊德突出人类性本欲的丧失；机械唯物主义认定死是人们经济活动的丧失；人类学派判定死是有机体的转化；等等。从事研究生命及死亡的各种特殊的学科，纷纷根据各自的经验，阐明各自的认识，在概念、定义上千腔百调。

但是，一代又一代的卓越科学家为了在科学上有所发现，有所建树而前赴后继，它可能就是探索生命的生与死的源源不断的源泉。无可置疑，各种学科以往已积累了丰富而浩瀚的文献资料和实验材料，更由于现代观察和实验技术的改善，使人们的洞察力更加敏锐，这一切促进了本世纪的科学革命。

关于死亡的解释很快扩展到心理、意识领域，人们对死亡的心理信息的认识开始萌发。人的死亡，除了以生理死亡为物质基础外，通常在医学上则由心、肺死亡的定义，扩展到脑死亡定义，进而扩展到对不可逆绝症患者，即濒死者的安乐死途径。在此之前，人们已知道有了意识丧失的事实过

程，现在又知道在意识尚未完全丧失前，有一个心理信息丧失的阶段，而在这个阶段到来之前，又有一个文化符号丧失的阶段。死亡被各学科分出了阶段和层次，并在时空坐标上划出了临界标志。

这些形而上的讨论最初是从形而下开始的，人们的临床观察和体验，帮助人们作出归纳：死亡的价值是什么？

从经济学的角度来判断死亡价值，它的定义则是十分明显的，至少，一般人认为死亡可减少生存着的人类的经济负担，从而增加了人类经济活动的动力和能力。

伦理学家则会持相反态度，人道主义对生命的生与死是持非功利性态度的，它对非物质形态的意识形态极为重视，但它可能比宗教更为世俗化。它崇尚生的意义，对待死的遗憾是包括在对待生的赞扬之中的。

其他学科特别是带有宗教色彩的学科，大多偏向伦理学。但是，令人不解的是，偏向经济学的学科还很少见。即使某一学科的某一流派作出某种程度的偏向，仍然显得羞羞答答。在这些方面，他们的定义往往是对传统经验世界的某种意义的否定：在生命的末日到来之时，包含着一个来自新的尘世间的希望和信念。这种有象征特点的否定，包含着生命一体化的萌芽。

柏拉图《理想国》的观点，为现代医学革命鼓起了勇气；生命的重建，勾起了人们对生命的生与死的反思。正是“安息死”的挽歌，克服了人的自然惰性，并赋予人以一种新颖的思考对象，更新了人的思维范围。它同“绿色革命”——生态平衡一样，试图对人类生命的整体作出宏观和微观的调整。这些富有生气的创见，成了本世纪后半叶科学命题上的热点和难点。

安乐死问题的科学化，是不是人类智力发展中的最后一步？抑或是人类智力的错位？疑问接着困惑，围绕着现代科学家和公众。阿基米德曾作过如此预言：给我一个支点，我就能推动宇宙。现代科学家面对安乐死的命题是否也有如此豪迈的气概呢？

安乐死的讨论，扰乱了传统的生命秩序。这种似乎意外的扰乱，在本世纪 30～40 年代曾被法西斯利用过。时至今日人类是否还有勇气再去冒犯这位“尊神”呢？

科学不断地开拓了人类认识能力。很可惜，不是每一种认识都会得到人类欢迎的。安乐死的科学化可能就是人类最不喜欢的一门科学。人们乐于保住宁静的心态，而不愿被冲击，那怕处于宁静的荒漠之中。我们可以这样来设想，当一个人在沙漠里寻找水源时，他还带有生命的希望，而当一个濒死的王子望着金银成山的财富却不大可能产生这样一种生命的欲望。当一个人在漫长的生命道路的终点蓦地回过头来观察一下他的出发点，也许会难以断定究竟是否达到了人生的目的地。在这里，生命好像被异化了，而这些异化却痛苦地吞噬着人类的善良的心。

生命逝去了。一个声音呼唤着，它还会回来；另一个声音则说，它的躯体走了，而它的灵魂一定还会回来；第三个声音是，躯体被异化了，而它的精神留在后继者的心中；第四个声音道，生命走了，它不留下什么，它什么都不曾拥有过；第五个声音说，生命改变了形式，它不生也不灭，……。毕竟人类了解自我的历史经验还过于短暂，它搜集的定义还不足以包容生命的生与死的全部涵义。

体验安乐死对每个人来说最多只有一回。因此，人们可以领悟一切伟大思想家创立的原则，却无法证明安乐死科学家

的原则是否不朽。大自然通过科学的升华，给人类尽可能大地打开了通往理想王国的途径，安乐死就像一块顽石横在中间。它，似乎在嘲弄科学，好像科学对它也束手无策。生命的生，科学好像研究得太多，而生命的死，科学好像探索得太少。

生与死，人类始终都把它看作好像是天平的两端，对它的认识的不断演化，事实上构成了人类自我认识的历程。它一方面彼此排斥，好像风马牛不相及；另一方面又互相依存，正如弓和弦。它不仅可能给巨人以舞台，而且可能给懦夫以嘲弄；它不仅可能给科学的殉道者带来激情，而且可能给科学的投机商带来暴利。人格、荣誉、贪婪，这三面镜子将折射出安乐死之光。一批人走了，另一批人上来，这真是人事有代谢，往来成古今。

或许，生命的博大反映出安乐死的折光，这种折光的本质，也许是生就意味着死。然而，充满哲理的名言还显示着人类认识生命的真谛，从历史的眼光来审视，只不过好像仍处在童心观世界的台阶上。写到这里，不禁想起德国哲学家叔本华的一句话“童年生活宛如由远处遥看剧场布景，而老年人则是坐在前排的某个座位上看同一个剧场布景”。

生，悄悄地降临，又悄悄地流逝；而死，忽而来临又忽而终止。生隐含着死，死又孕育着生，交替，更新。自然界的法规已逐步为公众所共认，不过在共同认可之下存在着妙不可言的文化观念上的体验的差别。正是这种大不相同的体验，推动了人们继往开来。

2. 人道主义原则的发展

人道主义原则，可以分别从人权、人格尊严、生命神圣

三个方面论述。从某种意义上分析，人权主要指人在社会、经济方面的权利和义务；人格尊严主要指人在意识形态、特别是在伦理、道德上的互相认可；生命神圣主要指人的生命神圣不可侵犯，主要涉及生物学、医学领域。安乐死，必定要涉及人道主义所具有的这三个主要方面。安乐死的提出，本身就隐含着对人道主义的某种意义的批判，从积极方面给人道主义带来新的原则精神，从消极方面给人道主义原则带来修正或变革。

天赋人权，是工业革命前后民众的政治、文化心态的复兴。在对中世纪神权的批判中产生了人文主义，在向人类文明发端前后的社会吸取文化精华的过程中，复兴了人道主义。其原则精神主要体现在上述三大方面。而天赋人权经过工业革命的洗礼，逐步被西方各国用法律形式固定下来，并很快风靡整个世界。在目前，各国宪法的原则中无不把天赋人权的人道主义精神具体化为本国、本民族的公民权。只不过公民权的本义主要指维护公民的生存权和为社会服务的义务，并不涉及死亡的权利和义务。因此，安乐死首先必须从人的生存权生发，延伸为当人已通过科学办法的鉴定而不能继续合乎人道地生存时，本人可以使用人权来申请安乐死，并经过法定程序和办案程序。在这些程序中，安乐死由本人申请，作为第一前提被提出来，这正是区别人道主义的原则是被修正还是被发展的最好界石。至于本人申请是自愿的还是有限自愿的，是理智性自愿申请还是神智错位性自愿申请，利他性自愿申请还是被诱逼性、诱发性自愿申请等等，只是人道主义原则精神下的分支原则或实施方法上所牵涉的问题。

所谓人格尊严问题，在现代社会之前，是按严格的封建

等级来划定，并被订立在各民族的典章和民俗公约或教规中的。现代社会的标准之一是在立法上规定在人格尊严上人人一律平等及人格尊严的自立性和互相性。安乐死适于所有的人，任何人都可提出申请，不存在优先或落后；安乐死的自我确定，是指一个人因疾病而丧失人格尊严而言的，它体现了人格尊严的自立性；人格尊严的互相性，体现在不应该对别人说假如不实行安乐死，对方将要丧失人格尊严；相反，应该是在别人求援下，不带任何个人意见地帮助实现别人的安乐死请求。在这里，原则精神必须明确，即不能确定谁可以实行安乐死；不能给任何人以安乐死优先，不得随便对别人是否要实行安乐死提出赞同意见。

所谓生命神圣问题，是人类有史以来一直希望遵循的原则精神。保存生命是人类最高的神圣使命。古希腊哲学家普鲁塔格拉斯说过，“万物的评价要以人作为最高标准”。从 2000 多年前《希波克拉底誓言》到 1948 年《日内瓦法规》，都把“为人类服务”、“尊重人类的生命”作为最重要的准则。由此人们知道了生命神圣指的是生命存在神圣。安乐死论者正是根据生命神圣的原则，提出生命神圣中的生命不但应该包含生命的生存而且应该包括生命的死亡。这里所指的明确的界限应当是，当生命已不可能维持最低神圣限度时，生命的死亡采用安乐死的方法，才可能被认定为它维护了生命神圣的原则。

除了上述三项原则精神的发展已被学术界给予一定程度的认可外，尚有一些很有争议的原则方面的论述。

第一，从人口角度出发而产生的功利主义原则，对人道主义原则试图作出某种意义上的修正。100 多年前的马尔萨斯在《人口原理》中提出了人口数量和质量的矛盾概念；70 多

年前坎南在《财富论》中提出的“适度人口”概念；埃利希提出的“人口爆炸”概念。这些功利主义的论断，促使人们逐步采取了优生、优育，并提出控制人口数量，提高人口质量。不久以前，联合国人口司举行的“世界人口 50 亿”活动，也就是本着这个宗旨，试图从这个精神出发，提出贯彻安乐死的原则。这些应当是人口优化的补充或组成。这种说法，带有浓厚的功利主义色彩，因而引起学术界和公众的极大的争议。争论的焦点是对待生命死亡是持人道主义原则还是持功利主义原则。时至今日，争论从未获得过权威性的结论，而仍然在各个领域内继续发生。

第二，从生物学原理引起的争议。自达尔文在《物种起源》一书中提出了自然界的一切生物都按照自然生态规律，即物竞天择，适者生存的原则存在。从那以后，一些生物学家和人类学家把该学说套用到人类社会，由此引起了一些新的学说。从质量上讲，人类是生物界最高尚的一员。从生物学意义上讲，定义原则基本相同。但是，人类又有社会、经济、思维、行为等多种属性，因此，人类社会内部既有竞争的一面同时还有依存的一面。这种有目的竞争和有契约的依存，构成了人类社会发展史的最基本的轮廓线条。由于人们各自有着不同的经验和理论，从而衍生了世代相继的争议。在安乐死定义上，从生物学原理来判断，大致是可以被承认的。然而，由于生物学家本身的伦理思想上的原因，敢于明确提出生物学意义上的安乐死定义的生物学家还不多见。

第三，从医学原理引起的争议。医学原理的最高宗旨是，尽一切可能拯救人类生命。救死扶伤是医学的根本指导思想，无论古今中外概莫能外。安乐死在医学上的论点是对不可逆绝症患者实行符合人道主义的安排。而医学原理是拯救

生命至高无上和不可动摇。不可逆绝症只是相对而言，医学正是不断攻克今日认定不可逆绝症而日益昌明。假如从原则上承认医疗上的不可逆，医学的本身生命将萎缩，因此被认为是人伦、人道主义的退步。然而，在具体医疗实践上，医务人员在治疗不可逆绝症患者时，常常处于进退维谷之际。一方面力求彻底解脱患者的病痛，满足病人的请求，这是医务人员的基本职责；另一方面要遵循《希波克拉底誓言》、《日内瓦宣言》所昭示的医德和医学原理。这种理论原则和具体实践经验之间某种意义上的悖论，困惑了多少科学家。不过弗兰西斯·培根这位科学史上的巨人，曾在《新大西洲》一文中作过这样的预言："医生的职责是不但要治愈病人，而且还要减轻他的痛苦和悲伤。这样做，不但会有利于他健康的恢复，而且也可能当他需要时，使他安逸地死去。"

经过历代众多科学家的不懈努力，人类已经看到了安乐死的曙光前兆，这是幸事还是噩运，取决于科学的昌明和人类社会的民主化、法制化进程，同时也取决于科学家和公众的共同奋斗的决心。

3. 社会文化意识的导向

安乐死不仅是生物学、医学、伦理学、法学、社会学等学科研究的对象，而且也是整个社会意识形态领域所关注的问题。社会文化意识或社会心态在很大程度上影响安乐死的行为准则。当然，我们所指的社会文化意识是广义的，即以民族的历史的宏大背景为投向，其价值观念为多文化现象的集合。

在欧美诸国，安乐死日益为公众所理解，是有其深刻的

社会文化意识背景的。在古希腊时期，科学界人士对自然界的看法中占主导地位的是求实的自然观，它的对事物分解和组合的定性、定量规定的精神，一直影响着尔后的科学进展。安乐死一词发源自希腊文，这和古老的生命观念有一定关联。我们至少能看到，希波克拉底的生命体液学说和医德方面的原则，均是在同一时代的同一文化背景下发端的。这种对生和死的社会文化意识的判定上的对立化、争议化，以及综合考虑的科学传统，在 2000 年之后，随着科学和文化的现代化，这个传统被发扬出来，充分说明了社会文化意识的历史性。

宗教文化通常认为生命是上帝创造的，死亡是上帝对人的一种惩罚或安排。因此，安乐死在圣经面前难以逾越。不过，教义规定死亡分为肉体死亡和灵魂死亡，认为肉体死亡是恒常的，而灵魂死亡却是对有罪之人而言，无罪的灵魂是可以超脱到天国而得到永生的。由于肉体和灵魂的二元化观点，因而与世俗的文化意识构成了连结的可能。安乐死正是在这个二元之间打进了一个楔子，使宗教文化在某种程度上认可了安乐死。例如，教皇保罗六世曾经说过："医生的职责与其说在于用一切手段尽可能长地延长一个不再完全是人的生命，不如说是努力解除其疼痛。"

生物进化论的普及及其传播，使很大一部分公众对人类进化过程有了新的理解，相信死亡是人类发展的正常规律的人越来越多。医学的发展使生命的人工再生和人体器官的移植成为事实，但对于生命死亡，目前还只能作短时间的有限延长，却无法无限期地延长生命，对挽救绝症病人的医疗手段也还很有限。因此，公众对死亡的理性化认识反映在对待死亡问题上自然很少会产生巨大的恐怖或恐慌；公众对死亡

的悼念仪式和吊唁时间都随着社会的现代化而大为简化；公众对死亡的谈论不再讳忌或带有某种神秘色彩。总之，这些社会文化心态的进步为安乐死提供了很好的社会文化意识背景。

自叔本华、尼采等哲学家把死亡问题纳入哲学研究的范围后，就对生命神圣问题提出了诘问。与此同时，从以人的意志为主体的立论出发，提出了人的意志是支配生命的生与死的主体力的体现。死亡，表现了人的意志的消失以及人体痛苦的解脱，并把死与幸福、荣誉、自尊这样一些褒义词连在一起论述。把死与生同等地作为生命礼赞的两端，好像朝霞与夕阳那样同样地壮观和雄浑。

对人的深层文化心态的开掘，使人们意识到，人类社会发展所沉淀的社会文化心态构成了人类社会文化意识深层结构；人的遗传、意识及潜意识构成了人的深层本能意识结构即文化密码；构成了人的文化回归意识形态；构成了人的性心理的情感的隐含等等。人敢于发掘自我心灵的秘密王国的勇气，揭示了人类的文化心态的日益开放性、透明性。在开放心态的昭示下，安乐死的探索有了强大的社会文化心态背景和理性的动力。冲击传统文化意识的安乐死浪潮也有可能汹涌而来。

以人作为一切事物主体的认识，促使围绕着人的研究多维地展示出来。从生态文化的思索里，人们知道人只有生活在生态环境的综合平衡中，才能提高人的生命质量。生态环境的平衡是按林德曼系统循环的，生态文化心态有自己的新旧交替循环系统，那么，人类生命的循环系统也是应当成立的。而该系统以生与死为主要磁场，死亡，被纳入到生命系统来考虑，而安乐死则是死亡的系统中的分支系统。这样，

人道主义与功利主义，人权和社会义务，人的尊严和道德等，这些争论的热点随着系统的非动态平衡的循环，被提到文化心态的导向角度来认识。认为安乐死体现了文化意识正向人类文化的高一层次进步，是人类社会文化意识追求崇高的一项具体表现，是人的主体性的新的觉醒。

东方诸国的社会文化心态植根于民族的狭小范围，以农业小生产的现实文化意识为导向。儒家、道家和佛家等，作为东方文化历史演变的主流，构成了一个多层次、多功能的超稳态文化系统。这个系统以三纲五常为主要范式，渗及社会生活的所有领域，包括个人生命的生与死也被笼罩在这般严密的格局内。社会文化意识以服从的、收敛的、自我约束和自我限制的为原则，按照这个原则每个人都在社会中占据一定地位，这构成了整个文化心态的等级服从体系。

等级森严的文化意识的金字塔式结构，以社区、区域、民族等分层构成一层层块面，在各块面、各层次中以长期约定俗成的社会文化意识的传统来调节互相之间关系，以最佳的途径来满足人的不可遏止的欲望，并融和各方面的欲望矛盾。历史已表明东方人对死是绝对忌讳的，这种“讳”的直观体验一般从一个人的儿童时代就可以领略到。当一个家庭或家族中的人死亡后，死者的姓名就不能被直接提出来，而要用另一个代号来称呼，这就叫“避讳”。死者在临死时，家人一般尽最大可能抢救。一旦死亡，更大的精力和财力则是投在对死者的厚葬上。此后每年逢死者的死亡日子，俗称忌日，便要进行隆重的祭奠。每年清明时节还进行祭扫墓地，等等。

东方人在生前对自己生命珍惜的程度，似乎比西方人更加重视有加。所谓“身之发肤，受之父母，不可轻予”。古

人对自己的头发通常要蓄留起来，一般情况下是不剪削的；遇到疾病时通常也不用开刀动手术的；而刑罚则包括断肢、割鼻、剜眼直至宫刑。这完全和该地区该时代的社会文化意识直接相关，它表明了东方文化崇尚人体自然，不管是否合乎人体的科学规律，而在刑罚时则反其道而行之。在这样的社会文化背景下，实行安乐死显然是与之相悖的，遗体捐献就更属于违逆之举了。

在中国，随着移风易俗的逐步发展，科学在一些涉及生命的领域向传统提出了挑战。首先，殡葬由土葬部分地改为火葬，缩小了坟墓的规模；其二，葬礼由繁复的宗教或迷信仪式简化为纪念性的追悼会，有的甚至简化为只发一个讣告；第三，优生优育工作普遍实行，节育、避孕、人工流产、产前检查以及独生子女政策的倡导等，突破性地批判了传统的生命伦理观；第四，人体器官的移植普遍为人们所理解直至接受，当然，目前捐献人体器官仍有很大的困难；第五，尸体捐献或部分捐献尸体器官的活动也已在社会开明人士中逐步实行；第六，具有安乐死特点的死亡方式，在隐蔽的、由当事人合议下零星地开展；第七，关于安乐死的翻译文章和探索性论文以及新闻介绍已陆续发表，安乐死的学术研讨活动已被推动。不过，虽然学术界的很多人士非常关注这个学术活动，但大多数人士认为目前实施安乐死，条件还不成熟。然而，有些权威人士提出，人口政策在我国是经过反复阵痛之后才建立起来的科学的政策，人们曾为此付出极大的代价；殡葬事业迅速的科学化，使人们得到很大的教益和利益，国家、社会不但没有付出代价，而且节省了不少物资和人力消耗。因此，从这两个典型的历史事件中，我们难道不可以领悟到什么吗？从中国社会文化意识的导向看，在

民众中实行安乐死，其文化观念上的难度，并不会比实行上述移风易俗的措施大；从社会文化意识的相容度来看，可能安乐死的倡导比独生子女的倡导更容易些。

总之，社会文化意识的历史进程提示我们，传统文化不仅仅是历史的沿习和沉淀，而且是人们理解传统的观念参与其进展之中。人类社会进步到今日，已涌现出一种崭新的社会文化心态，即生命价值观。其取向是认为痛苦无望的生命存在徒然增加人的痛苦，从而是无价值甚至是负价值的。这就应该按生命价值观给予科学的、人道主义的安置。而安乐死正是这种安置的一个比较科学的方法之一。从历史的超前眼光来审视这一事态的进展，或许对其广泛的前景性可以持乐观态度。

“善吾生者，乃所以吾死也”。回溯先秦哲人庄子的思路，试想，在历史发展的某个时点，对安乐死“鼓盆而歌”肯定是富有意义的。

4. 社会价值问题随想

关于社会价值的定义，据文献报道，学术界至少有 100 多种提法，经概括主要有，由人与人之间所组合的各种关系而产生的社会价值，即组合论、总和论、多学科交叉论。在描述方式上有定性、定量和定性定量结合三种。

由于安乐死的文献和实验材料的分散性和不完整性，要按照以上任何一种提法来描述它并对它下成熟的定义是十分困难的。但是，这并不妨碍人们对此作出初步推敲。本节试图从零星的文献材料的统计数据出发，用实证的办法，力图对安乐死的社会价值问题作出一些解释。

由于安乐死的第一前提是当事人自愿并提出申请，因此，我们势必从当事人的意愿和态度来看待其社会价值问题。

生前遗嘱是本人申请安乐死的最可靠办法，其社会价值的意义最大。其方法是当一个人处在头脑清醒、思维逻辑正常状态时，用书面的形式来表示临终愿望，而在表达愿望之前必须具有安乐死的常识，对医生和律师或公证人进行过咨询，并征求过亲属们的意见。

为了方便安乐死申请者，美国安乐死协会每年按估算的病员总数的 1～3％发出“生前遗嘱”的书面材料。申请书大意是；公众——我的医生、律师、牧师、家庭以及医疗机构，当我患不治之症时，不要用任何人工措施维持我的生命，我选择安乐死。附件有安乐死的常识介绍及实施办法，申请者只要在该文件上签字并经公证后即可生效。西欧一些国家的一些社会团体纷纷仿效。如瑞典由数千人组织发起的“我们死的权利”的运动，鼓励公众签署这种文件；丹麦的“我的生命遗嘱”运动也有上千人参加；据有关方面估计，荷兰已有近 10 万人立下了“生前遗嘱”。遗嘱上明文说明他们在患了不治之症时，医生不必采取特殊的拖延生命的医疗措施。自 1976 年开始，瑞典、丹麦、瑞士和比利时先后创立了安乐死协会。就连天主教徒集中的意大利、法国、西班牙等国也出现了类似的社会团体。

我们认为，公众对安乐死所持态度，是一项可靠的检验其社会价值的指标。

有关安乐死问题，在西欧一些国家经过了多年的反复辩论，赞成一派占了上风。据英国民意测验，72％的公众赞成在特定情况下对绝症患者施行安乐死。在法国，用同样的命

题作问卷的一次民意测验表明，76%的被调查公众认为法律应对安乐死予以认可，为了减少绝症患者痛苦的安乐死，至少不应当被认为是犯罪行为。

尽管 1978 年法国参议院否决了有关安乐死法案的提案，但是，公众舆论仍有肯定安乐死的倾向。为此，法国学术界就更为积极地宣传报道有关安乐死的知识，并更大规模地收集民意。法国有家民意测验调查机构，最近向 1000 名 18 周岁以上的分布在城乡各个方面的公民进行安乐死意愿的调查，调查提纲是：“在患者无法治疗并伴有无法抑制的痛苦的重病时，你是否赞成病人有权要求在别人帮助下死去”。统计结果是 85%持赞成态度；11%持反对态度；4%弃权。最近，有 19 位著名的英国医生发表了一封签名的公开信，呼吁对初期艾滋病患者合法地施行安乐死。

美国 1967～1974 年的综合统计资料反映了一些意向性指标。在医务人员中，对积极安乐死持赞成态度的占 10～20%；对消极安乐死持赞成态度的占 60～90%。其中，基督教徒对安乐死持赞成态度的高于天主教徒；非宗教徒比宗教徒更易于赞成安乐死；专业医生比一般医生赞成安乐死；在医生中反对安乐死态度最积极的人士依次是妇科医生、外科医生和儿科医生。在广大公众中，对安乐死持赞成态度的为 40～85%；持反对态度的 26～60%；弃权的 10～20%。

对于安乐死，特别是对于消极安乐死，为公众所接受的过程，若按时间来分，自 60 年代算起只有近 30 年，比起以火葬代替土葬，节育代替溺婴的时差至少相差 5～10 倍。这一方面表明现代科学发展的节奏越来越快，另一方面显示出公众对社会价值取向的更替时差的缩短。尽管安乐死的学术性和民意性的争论日益激烈，然而，可幸的是，其结果却是减

少了接近合议的时差，各种安乐死契约性的文件如雨后春笋，其社会价值已初步通过一系列法律规定给予初步确定下来。

东方诸国的社会价值的体现，是通过安乐死的传播、介绍和讨论等形式展开的。我国自本世纪 70 年代后半叶起，首先在医学界开始出现翻译文章及文献摘要，随后，医学伦理学界对此开展了专栏性讨论，并登载在《哲学与医学》等杂志上。1980 年在上海召开的全国第一次医学伦理学学术讨论会上，有些专家提出了有关安乐死的学术见解，由此正式引起了我国学术界有关人士的关注。这个势头发展很快，一些大众性的刊物和具有相当权威性的报纸登载或摘登了这方面的专题文章。至此，安乐死的讨论非但没有如某些人担心的要淹没在中国文化伦理的深厚传统里，恰恰相反，却植根在传统的东方文化的深厚土壤中，并初步得到社会文化的认同。这得益于当前改革、开放后的西学东渐的大文化背景，得益于社会价值多维性的开明的社会心理承受力。

1988 年，也是在上海，相继举行了上海市第一次安乐死学术研讨会和全国首次安乐死学术讨论会。这是安乐死传播的总结，也是问题思考的交流，并包括了一些安乐死的调查研究的初步结果。现摘录几段调查指标供读者参考。

片段一：有位专家曾对文化科技界作了小范围探测性调查，发现接受安乐死问题调查的人中，53％的人主张探讨，并希望予以立法；36％的人认为要认真对待，应谨慎从事；10％的人反对讨论。

片段二：有人对安乐死作了 215 例调查，调查统计结果表明，91％的人认为死亡是自然规律不用担心，对安乐死持乐观态度。

片段三：据有位专家对 613 例自杀病人调查统计，因患老年病（包括癌症）自杀者占自杀总人数的 22%。自杀，在绝症患者中占这么大的比例，说明安乐死的社会基础客观存在。

片段四：有人对 170 人调查统计，主张对脑死亡者实行安乐死的占 60%；主张对临终患者施行安乐死的占 66%。

片段五：据有人对 215 人意愿调查统计，对绝症病人的处理，认为应尽力抢救的占 42%；认为任其发展的占 8%；认为实行安乐死的占 46%，4%的人弃权。对死亡的一般看法，持恐惧心理的占 2%；认为是痛苦的占 6%；认为是自然规律而不用担心的占 53%；认为应任其自然的占 17%；如患绝症，希望早日结束生命的占 22%。对安乐死的一般看法，认为是不人道的占 6%；认为是残酷的占 1%；认为是违法的 0%；认为是不合人情的占 6%；表示赞成的占 72%；认为违反传统观念的占 8%；坚决反对的占 1%。

可见，对绝症病人，大致上各有半数人同意安乐死或反对安乐死；但对安乐死一般意义的同意则要占 72%，前者属积极安乐死，后者倾向消极安乐死，后者高于前者。另一方面，数据在同一调查中的偏差，说明了填表人对安乐死的矛盾心态。这提示我们，对本人申请安乐死不应该在一次申请后即认为完成申请了，而应该有一个反复的法定程序，让申请者反复考虑，否则，将不可避免地出现因申请者的一时冲动而出现轻率致死的结局。此外，传统文化沉淀在人们的心态里，与现代科学知识相遭遇后，通常发生摩擦和震荡，从而形成似是而非的矛盾观念，这清楚地反映在上述几段的统计结果中。

诚然，心态的悖论经常干扰着人们心灵的安宁，这些反

映在对死亡的恐怖和复归意识的相悖关系上；反映在对死亡的生命密码的认识和不可知的相悖关系上。而相悖的直接后果就发生在人们对死亡（包括安乐死）的认识逻辑上的矛盾上。因此，其社会价值的导向通常呈现多元化的特征，从而反映在社会价值释义上的不确定性，随意性的方法乘虚而入，使社会价值被蒙上一层神秘的色彩。这种色彩或方法，与中国文化的社会价值的传统沉淀是相适应的。一方面反映在对死亡的看法上，持恐惧态度的不足 3%；另一方面，对绝症病人在医疗处理上持任其发展观点的占 8%。据有人对 122 例老人关于安乐死意愿的调查，调查的中心是：老人病入膏肓，无法救治，陷于昏迷中，家属可否提出安乐死。其结果表示赞成的占 68%，反对的占 32%；而子女对老年患者安乐死的态度取向，赞成的占 34%；反对的占 66%。同一批调查表，就差不多同类项目的调查结果是，持赞成和反对的观点的比例为 1：2 和 1：0.5，可见差异之大。但是，这仍然不影响人们对社会价值所持有的基本取向，只不过认识上的大起大伏被人们纳入到一个视角，这充分说明了公众社会价值的相容性和随意性。

在对死亡的认识上，不但显示了认识的矛盾性，比如同一调查，对绝症病人持任其发展观点的占 8%；而对死亡的看法任其发展的占 17%；后者比前者高一倍多。而且，从深层角度来推测，人们对死亡任其发展心态，揭示了认识上的生命更替的自然发展观；对绝症患者任其发展的观念，则显示了一定程度的宿命观念。因为，一方面生命的死亡是不可逆的，另一方面，这个不可逆的密码是可破译的；而绝症的不可逆，则又在强调生命密码的不可破译性。

这样，社会价值的反映指标在文化心态的驱使下呈现二

律背反现象，并在年龄组别、性别、职业、爱好和家庭关系五方面，使社会价值的取向呈现多种面貌，它一旦与社会、经济、法律相关连，通常带来一系列社会价值的混乱。有人称之为生命新构造的润滑剂，也有人称之为生命价值和社会价值的腐蚀剂。

其实，安乐死只是死亡问题的一道折光。其社会价值基本上得到比较一致的公允，然而，褒贬不一，毁誉迥异，从对社会价值的积极意义和消极意义上来说，这不能不说是当前世界人类生活中一道共同的难题。

美国科罗拉多州州长理查德·拉姆不久前公开鼓吹对活着的人要进行适当的筛选。他认为，被送到医院时已经昏迷或送到医院后陷入昏迷状态的老人，让他们“苏醒”过来是没有益处的。他们应该“有义务去世和让位于后来者——我们的孩子”，因为他们好比是“树叶，落下来以后逐步变成腐殖土，里面将会长出别的植物来。”

美国人类学会的权威认为：如果仅仅因为避免社会浪费而施以安乐死，无疑是违反了人道主义原则。这样，固然可以减少物质支出，但却使活着的人心寒，试想一下，如果让你劳累了一生，最后因衰老，生活完全不能自理而又无生活之乐趣时，就会被社会视为“浪费”和“该死”，怎能不令人灰心丧气？活着就是活着，也并不可能每天都有乐趣和意义，今天没有也许明天会有。社会要前进，总是在扶老携幼、哀伤衰微中曲折向前的，而任何试图扔下包袱轻装前进的想法是缺少历史观念的。

施行安乐死，根本出发点应该是考虑为患者解脱痛苦，而不是给社会和亲友解脱痛苦。人人都有生的权利，这仍然应当是我们人类社会的最基本的出发点。

关于安乐死的社会价值的历史意义，似乎还没有被真正地置于应有的视角来考虑。东方文化的历史观的一大特点在于总结过去，即缅怀传统和古人；当代世界的科学伟人，大抵着重于历史的未来，超前地探测未知领域。安乐死的提出最初只是着眼于绝症病人，继而扩大到家庭、社会方面需要的满足。出于其初创者意外的是它的深层的含义，即昭示着社会价值的历史取向。因此，从某种意义上讲，它是一种面向未来的科学。目前，要使安乐死的讨论和探索性实践取得真正的科学化则是在科学化的未来。

当代的人口问题、生态平衡问题和粮食问题，仍然是世界性三大热点，并且是一个体系性问题，其前提更确切地讲是用人类生命来充当它们的连接点。安乐死，人们也称之为优死，作为生命质量的优化被关注起来。其对社会价值的贡献分别被功利主义和人道主义从相反的两端阐发，从而使争议的任何一方都无法说服对方。幸好，这些争论都建筑在人的主体性上。因此，安乐死的争论，再一次从社会价值上肯定了人的立体性的意义。人，被作为客观事物的主体特征被强调起来，单从这一点来推断，就足以明了其社会价值的宝贵性了。

在东西文化交融的可能性和社会价值互补问题上，安乐死，似乎在悄悄地充当说客的角色。西方在重新讨论安乐死问题后的数年，此类问题的讨论即被介绍到东方学术界，并迅速被学术界所认可，又以非常快的速度传播给大众。现在中国的广大知识分子和广大有一定文化知识的人们，对安乐死的词义已比较熟悉了。东西方学术界普遍认为安乐死都可被纳入各自的文化心态，在各自的社会经济背景下，都会产生在一定程度上相似的社会价值。此外，安乐死一般为西方

宗教界所冷淡，而东方儒家也不赞成，这一共同性似乎也在促使东西方文化、社会价值的交汇，然而，更多交融的是科学精神和民主意识。大家都认为，安乐死要以科学手段、方法和本人意愿为前提；都认为要法制化和程序化；都认为要有利于人道主义的发展。

安乐死对人类的生命的衡量，似乎比目前世上的很多事物平等。虽然东西方文化都在不同的起点上寻求平等的台阶，由于缺少某种可比性（标准很难定），使很多工作至今仍进展迟缓。从平等意义上讲，安乐死的讨论也许对东西方文化的交汇有所裨益，它给人们的启示也将是丰富的。

5. 经济价值问题管窥

安乐死的经济价值问题，从宏观经济角度讲，主要涉及人口结构、资源和能源的消费，粮食作物的供给，以及居住空间的容纳等问题。实施安乐死将减少上述物质的支出，因为，一个绝症患者即使有万分之一的希望得以延缓很长一段时间的生命，但他作为消费者的地位却不可能改变。相反，较快地实行安乐死将减少人们的物质支出，这个支出数额的多少与实行时间的长短呈正相关。然而，就事论事地说还会引伸出一些问题，即物资支出是由本人健康时的积累还是由亲属和国家（企业）供给，以及支付能力和支付可能等。

人口结构由生、活、死三个层面构成，这是一个无休止的循环系统。就人口结构的优化而言，人类科学已创导了优生和优活，但优死对人口结构是否有利，从表层来看，这无疑是有利的。但是，深入一步看，仍然会发现一些疑点。如实行安乐死后，会不会导致人口再生产的过分抑止，因为该

时的人们将把社会、经济责任和自身的责任分离开来；实行安乐死，生产者将可能把消费者加速地推进到这一领域，从而提高生产者的经济利益；生产者在成为消费者时将作出强有力的反抗，从而影响经济发展的持续性。其他一些物质领域也将会产生生产者和消费者的争夺。原来的竞争机制有经济保护（福利）作为减速器或防波堤，安乐死的闸门一开，将有可能使竞争的失败者失去了最后一道保护性屏障，而这个保护性屏障却是人类历史的可贵结晶，是科学昌明的产物，撤除它，对人类自身历史的健康发展是否有利？这是不言而喻的。

与宏观经济价值直接相抗衡的是人道主义。人类社会之所以成为社会并能发展成为现代社会，公认的原则是科学和人道两面旗帜，而所谓经济，从某种意义上讲，则是它们的基础。安乐死，假如立足于经济，那么与人类史前社会为了自身的生存通常采取的原始生存竞争原则就没有什么不同。中世纪的所谓“王道”曾反对过宏观经济效益，因而曾使社会进步停滞；而现代社会也有正反两方面例子，即法西斯的经济观和民主主义的经济观。前者从经济观出发，坚持法西斯主义，给人类带来灾害；后者从经济观出发，坚持民主主义，给人类带来了复兴。当今，又遇到安乐死与宏观经济价值问题的矛盾，这里产生两个主要新前提，即医学科学的发展和人口爆炸的现状。因此，学术界比较公认的办法，是在法律的前提下来考虑经济价值问题，这不失为一个不是办法的办法。

现在谈谈个人经济和社会经济价值观的相互关系问题。毫无疑问，个人用自己的经济积累，无限止地支付给绝症病人，作无效的拖延，不管技各国法律还是按风俗习惯，均被

认为是天经地义的。这里表明的是，这种消费事实上是合理、合法的。然而，从亲属方面来讲，通常具有这样一种心态，即希望将逝者能遗留一些物质财富；社会心态也隐含着这样一种愿望，认为这样的消费似乎太奢侈了，假如能遗赠给社会以发展福利，那将是一件幸事；从医疗机构角度讲，过度地把医疗物资消耗在无希望的患者身上，从而减少了有希望康复患者的医疗物资的供给，是不够明智的。因此，个人经济占有权和社会义务之间的矛盾曝光了，二者兼顾通常是不易做到的。这里又一次显现出难点。

社会经济和社会福利问题。从社会经济背景上讲，安乐死将可能被原则性地肯定，而社会福利却会对此作出本质性、方向性的否定。当然，在枝节问题上，社会经济也会承认有经济实力的个人有权任意使用经济，而社会福利也会对福利接受人按情况作出分类对待。通常，社会经济对有钱人拒绝安乐死持有力的承认态度。而社会福利为了拯救有康复希望的人而抛弃绝症患者，这种态度是暧昧的，或者说，他们经常给绝症患者实行安乐死或变相安乐死以便给予心理上的安慰，使患者有一种道德上的崇高感。这里又一次表明支付能力和支付可能抑止了消费，消费的是否合理性常常被无情地掩盖了。

从经济价值上看，还有亲属护理能力和社会照顾能力，以及由此引起的互相关系问题等。亲属护理能力涉及经济支付能力问题，通常的情况是，有支付能力的亲属较少地赞成安乐死，而支付能力差的亲属较多地赞成安乐死；患者能享受社会福利的亲属较少地赞成安乐死，而不能或部分享受社会福利的亲属较多地赞成安乐死；假如患者的存在能给亲属带来利益，则没有人会赞成安乐死，反之，则较多地持赞成态

度。

社会照顾能力完全视社会福利的实力而定。其次，视社会和个人对照顾标准的期望度而定。从本质上讲，社会照顾能力受社会经济能力所制约，同时，也体现了公众和当权者对社会经济和社会福利互相关系的理解。目前，世界上很多国家都认为社会福利在涉及病人（安乐死）的照顾能力问题时，大多数倾向于个人、单位（企业）、国家合理分担的原则。

经济价值规律对医学科学的作用问题。持赞成安乐死观点的依据是，对绝症患者实行安乐死（指无科研价值的），将可腾出医疗物资和医学人才为他人进行治病和科研。持否定安乐死观点的依据是，一方面对绝症患者所作的不可逆的诊断可能是误诊，也可能是暂时性的理解，医学正是在攻克绝症中前进的；另一方面每当医学攻克一个绝症，将可以医治好一大批病人，从而给社会提供一大批有用的人才，有利于经济的发展。不难看出，这儿遇到了一个短期效益与长期效益问题，以及直接效益和间接效益问题。赞成安乐死的人实际上在经济上持短期效益与直接效益的观点，而反对安乐死者在经济上则持长期效益与间接效益的观点。这又是一对矛盾体。

实施安乐死，还会遇到个人经济问题。当一个人处于有劳动能力时，并能作出一定经济积累时，还要不要参加储蓄和社会保险。因为从世俗角度讲，一个人的储蓄一般来讲主要为了预防疾病、失业、衰老，特别是一旦卧床不起时所必需的经济支出。那么，作出安乐死选择的人，就很有可能及时行乐，甚至超前消费，因为他可能感到存钱对于个人来讲是没有实际意义的。进而言之，倘若很多人都持有这样的经济

支出态度，那么他们必将身无分文，那样，对整个社会经济的持续发展将是不利的。要引导这批人合理消费将是十分艰难的，对此，应该有一个充分的估计，这又是实施安乐死的一道强有力的屏障。

七、安乐死的经典案例

1. 美国的安乐死案例

自从本世纪 60 年代以来，世界各国都先后出现了有关安乐死的案例；经过新闻媒介后广为流传，逐步发展成为公众关注的热点，而社会寄希望于学术界能对这种新现象给予科学的解释和阐述。

1966 年，12 岁的 Karem Ann Quinlan 始终处于昏迷状态，靠呼吸器和静脉滴注维持生命。至 21 岁其父亲成为监护人后，使用监护权，明确表示中止维持手段，当地州法院经过争论后同意这一申请。申请书中附有患者关于中止治疗的意愿。法院判定同意病人家属对病人中止治疗的申请，这是史无前例的安乐死法案，至少在美国是如此。

1980 年，Brother Fox，83 岁，处在持久的植物人状态中。在这以前，他曾表示过：假如他一旦成为植物人，不要用非常医疗手段予以维持。因此，州法院认为对患者没有必要提出代理人问题，裁决同意安乐死方案。只是在判决前患者已死亡。但是，这个判例仍然建立了重要原则，即肯定了一个有行为能力的人的“生前遗嘱”，在他丧失正常行为能力后仍能生效。

1977 年，Joseph Saikewicz，67 岁，是智力严重低下的癌症患者，由于他对化疗技术不理解，常常感到深度恐惧，马萨诸塞州最高法院判定同意该患者对癌症化疗的拒绝。在这里，法院首次使用了代理判定，即代替病人作出判断。

52 岁的 Storar，智力年龄相当于 18 个月的婴孩，他母亲是监护人，当他患膀胱癌时，他母亲拒绝医生用输血办法治疗，州法院同意他母亲的判断，但是纽约上诉法院推翻了这个决定，理由是患者从未有过行为能力，应听从医生的意见。

55 岁的某部门警卫，脑部严重损伤，靠呼吸器供氧和静脉喂饲，其亲属与医生商定停止对他供氧，这时患者尚未死亡，随后停止静脉喂饲，于是患者死了，由此引起司法争议。地方法官认为亲属无犯罪动机，因此同意亲属在病人处于不可逆昏迷状态时中止治疗。原告上诉，高级法院认为是一起谋杀罪，要立案侦察。最后官司打到上诉法院，终审判决是，当人工喂饲对病人的坏处比好处大得多的时候，可以中止治疗（按亲属意见）。

有位 84 岁的老年妇女，住在新泽西州的一个护理院，她患有多种疾病，而且只有原始的脑功能，没有认识能力，并且没有改善的希望。她的外甥被认定为她的合法监护人。医生建议对患者截肢以免死亡，但监护人对此拒绝，理由是患者如有行为能力也不会同意这个决定，结果手术未做。后重复插鼻饲管维持她的生命，监护人要取走鼻饲管，医生坚持要用鼻饲管，监护人向法院起诉，要求取走鼻饲管，在法院宣判前患者已死了。但法院仍然宣布，中止对无行为能力者的任何医疗措施，只要遵循原则程序都是合法的。

92 岁的老年妇女 Mary Hier，患有严重精神病，已住了 57 年精神病院，她没有亲友，法院为她指定了监护人。她靠鼻饲管维持生命，本人拒绝使用。医生内部也有用与不用两种意见。后经过法院听证会辩论，使监护人选择了使用鼻饲管的建议，法院予以认可。这也是代替病人作出决定的典

型案例。

一位妇女在给《大西洋》杂志编辑的信中写道：“4 年前，我的儿子 Brain 出生时，患唐氏综合症，伴有先天性食道缺失。我们非常痛苦，决定不给孩子进行特殊治疗。但是医院方面的权威人士不同意我们的选择，而且地方法院也指令必须进行治疗。于是，孩子被送进了医院。我儿子接受了许多外科手术和化疗，同时遭受了许多慢性疾病的折磨。由于胃酸不断地从颈部的开口中渗出，他的手和脚被固定了好几个星期。但是，再造的人工食道从来没有发挥过任何作用。经过一系列极为恐怖的痛苦挣扎与心灵煎熬，仅 26 个月就死亡了。在我儿子生命存在的最后几个星期，不仅又聋又哑，而且大脑受到严重损伤，同时，肾功能衰竭，体内出血，慢性感染蔓延全身”。作这般治疗，不仅浪费物资，而且严重伤害了患者和亲属的身心，因此，选择安乐死的途径，既人道又能节省很多精力。

以上病例和判例原则上都倾向于对绝症患者可以按法定程序实施安乐死。此外，学术界的意见贯穿于司法判决，因为每次判决前的合议和陪审团都充分听取了学术界人士的意见。学术界公认的意向是多积累一些这方面的案例，以便作今后立法的考虑。

2. 西欧的安乐死案例

在荷兰代尔夫特城的一家医院里，一位 87 岁的老太太正躺在病床上，与后期癌症病魔作殊死的斗争。一张宽大的病床四周围着一群人，其中，有两位医生、一位护士和一位牧师；两个子女和 6 个孙子、孙女。医生用平静、坚定的口吻

询问患者："你期望早死，肯定了吗？"患者含笑点点头以作答复，然后与每个亲人吻别。告别仪式完毕，医生替她打了一针吗啡针剂，让她很快入睡。15 分钟后，确定患者精神已完全处于抑制状况，医生又注射了一针足以迅速致死的毒剂。此后 10 分钟内，患者失去了一切生命现象。

这种自愿安乐死的施行已在悄悄地流行。据说，有位相当知名的医生平均每年为 60 位病人做类似的手术，尽管法律规定对安乐死执行者，要观察其执行情节。如果是主动的，将被课以 12 年以下的徒刑，但这位医生从未受到起诉或起诉不成立。

代尔夫特城一案在荷兰及西欧其他国家引起强烈的反响，有的公众舆论倾向让绝症患者在清醒中安乐地死去；有的公众舆论倾向于病人应和医生、亲属一起，与病魔作殊死斗争，直至生命的最后一息。

英格丽·弗兰克是一位身体健壮的姑娘，28 岁时在德国一所学校担任体育指导员。1985 年 4 月 15 日，在一次偶然的车祸中，她的脖子被车辗伤。当她被医院抢救过来时双臂已僵直，双足不能动弹，处于完全性的瘫痪状态。在经历了两年完全不能独立生活的痛苦折磨后，她毅然决定通过特定手段来结束自己的生命。为了不让接近她的人因为她死亡方面的原因而受到控诉，她决定留下临死实况，采用摄像机拍摄她完成自杀的全过程。

此片很快成为德国一部空前的极为恐怖的实况电视记录片。情节是这样的：英格丽坐在病床上，床边的桌子上放着两三本书籍，其中一本书上放着一杯药水，杯内插着一根长长的麦管。她艰难但很坚定地把头倾向麦管，用嘴紧紧地含上麦管，两眼安详地望着摄像机镜头，脸部的表情显得略有

几分憔悴，两只手无力地垂在身体两旁。随着药水——氰化剂缓缓吮入口腔，她猝然倒下。口，开着；眼，翻着白，恐怖的气息远远超过艺术的模仿。

这部记实片在德国乃至欧洲引起空前的轰动。它，不仅对现行法律和公众舆论提出了挑战，而且对几十年前出现的法西斯式的安乐死提出了反省。德国现行法律在很大程度上是在反省法西斯灾难的基础上制定的。按照其规定，主动安乐死是犯罪行为，如果谁有意识地给绝症患者注射过量的麻醉药剂而因此导致患者死亡，将作为杀人犯受到制裁。矛盾的是，各级地方法官在判决时，往往认为帮助自杀者自杀是不犯罪的。事实上，绝症患者在丧失自理能力时，已无力执行自杀，有些也无可能请求别人帮助自杀；假如可能，也是在清醒时表达过自己一旦处于无希望状态时，请别人帮助他执行安乐死。然而，这在法律上是很有争议的，就大多数患者来说，不可能效法这位德国姑娘的举动，而在认识上通常是相似的。这位姑娘说她瘫痪时的生活过得像动物一样，因此，她认为死倒意味着走向光明，假如有谁经受过她这般痛楚，也一定会同意她的要求安乐死的抉择。

此后，有位叫哈克特的德国医生，遇到一位晚期癌症患者，该患者是位 69 岁的老太太，她既没有说有亲属，也没讲明她有好朋友可作监护人或照顾人。而是一而再，再而三地到医生诊所要求给予安乐死，哈克特医生经不起她的反复哀求，请来了 5 位医生和律师，并在他们同意作证的情况下，理所当然地签署了正式文件及有关旁证材料。此后他为老太太注射了足以致命的氰化物，老太太迅即死亡。以后，一些持不同意见的邻居向法院提出控诉，于是，医生被警方传讯，经法院正式辩论和陪审团合议均未取得公允的意见，后

在院内外公众舆论的支持和援助下，哈克特医生被宣告无罪，予以释放。但法院对此并未作出赔偿和道歉，仅仅是无罪，从中可以看出法院认为无罪是一种宽容性的判决，是对公众舆论的一种妥协。

荷兰的 87 岁老太太的安乐死是有遗嘱根据的，因此医生的行为未构成犯罪。但是，如果本人不申请安乐死，其情况或后果却大相径庭了。有位荷兰医生碰到一位老太太，她要求医生为她的患有不治之症的孩子实施安乐死。老太太出于母爱，不愿意看到孩子遭受不堪忍受的痛苦，竭力设法向医生求情，既然不断恶化的病情难以逆转，希望医生帮助其孩子实行安乐死。医生被感动，为患者注射了吗啡，于是，过量的药物使患者很快结束了生命。结果，医生以无痛苦谋杀罪受到指控，并被警方拘捕。社会公众非常同情这位善良的医生，并举行请愿运动。至今，该案仍难以结案。至于医生本人，后来则被社会有关权威人士保释。

法国的 24 岁的公民——帕斯卡·洛埃特，在一次不幸的车祸中，头脑部受到严重的挫伤，虽经法国北部亚眠市的市立医院抢救，但一直昏迷不醒无知觉。他在病房里已一年多了，医生们并没有什么新的医治方案和措施，很显然，患者得了不治之症。但是其妻子却认为帕斯卡一定能苏醒过来。她每天去医院探视，依在丈夫的耳旁喃喃作语，她总觉得他在悉心静听，只是他还不能回答。有一次，值班护士回答了患者母亲的提问，告诉说患者的脑电图已成一条平线，说明病人脑干已死亡，只不过是个植物人了。患者的母亲感到宁愿让儿子平静地逝去也不愿看到儿子这般痛苦地苟延残喘。在患者母亲的要求下，医院中止了抢救，只给予普通护理，很快患者就死亡了。患者的妻子向法院提出控诉，但此事最

后不了了之，谁也没有受到法律的制裁，只不过引起了一场有关安乐死问题的争论。

3. 中国的安乐死案例

患者男，50 来岁，1984 年秋，因体温升高而感到不适就去附近医院就诊，诊断包括查蛋白电泳、X 光拍片等一系列检查措施。发现患者左肋骨破坏、颅骨凿样破坏。此后不久，经复查确诊为多发性骨髓瘤。经医院两年的治疗，病情稍有缓解。之后，因骶尾部疼痛引起便血、尿血、咳血、牙龈出血，血象严重恶化，并且发生泌尿系统的病毒性感染。由于患者是机关干部，有较高文化程度和社会阅历，他通过调查得知自己患的病症已不可能治好，于是就由情绪抑郁转为拒绝进食，最后萌发自杀念头。他写下遗书后，提出请求，希望医生给予注射“安乐针”——指麻醉药。医生进行多次会诊，确认该患者已无救治希望，但仍将他作为住院病人给予间歇输血。最后，患者在痛苦的呻吟中离开了人世。这是本人申请安乐死，且理由十分充足，但未被执行的典型例子之一。

患者男，老人，患胃窦癌，1986 年春住院做手术。手术后恢复尚好，被准予出院调养。两个月后，患者疼痛剧烈，医生又一次为他开腹探查。诊断为癌细胞在腹腔内已广泛转移，肿块与腹主动脉粘连，只好不作切割手术，闭合缝上腹腔。医生对他改用中药调理，维持近一个月，患者便尿带血，时有呕血，喂食艰难，靠输液维持生命。患者剧痛难熬，遂乘深夜自寻短见，被亲属及时发觉，致使自杀未遂。后经患者与亲属反复商量后，向医生提出停止输液。此后不

久，患者即呼吸困难，心律不齐，血压能测度极低，医生征得亲属和患者单位同意，中止抢救，患者比常规死亡提前逝亡。这是对濒死者中止抢救的消极安乐死的较为典型的处理实例。

某内地医院一妇产科病人，1986 年春因患卵巢癌并腹水住院。入院后经手术和化疗，能少量进食，稍能走动。半年后食欲突然消退，腹胀伴有剧痛，全身极度消瘦，昼夜辗转病床，真是度日如年，痛不欲生。在一周内多次苦苦哀求医生用药物结束生命，以解除难忍之苦。每次哀求时，睡卧在病床上以双手示意作揖，凄惨地喃喃说："医生，好医生，行行好，给我打一针，让我进火葬场!"医生听后无不动容心寒，但终究无人敢办此事。此后，病人在一张纸条上歪歪斜斜写上安乐死，并由亲属一一签字证明。然而，医生以无法可依，仍不敢执行，最后，只好让患者非常恐怖地挣扎，呻吟数日而含恨死去。这是绝症患者立有遗嘱，并有一系列证明而医务人员不敢执行安乐死的典型例子。

患者系男性老人，在 1983 年初春因工作不慎闪腰，开始只是腰痛，后延至右腿，采用外敷伤药治疗后，疼痛仍无法缓解，后进医院诊断，经拍片证实该患者第二腰椎骨质性破坏，怀疑是癌转移，经住院后骨扫描鉴定，认为此病不可能治愈。此后，患者病情日趋恶化，呼吸急促，浑身消瘦，厌食，大小便不畅。患者多次表示厌生，无奈家属寸步不离。某日，患者趁女亲属陪伴时，上男厕所解手，女眷属在门外伺候，患者说大便解不下来，请向医生要开塞露，待把医生找来时，发现病人已自缢身亡，心跳呼吸终止，抢救无效。经公安部门和法医验尸检查后认定："病人系自缢身亡"。这是一起因病痛自杀的案例，它接近主动安乐死，因为他曾

提出过类似安乐死的要求。

某小城市曾发生这样一件有意义的案例。该市医院收治了一位中年晚期肝癌患者，医生认为本院无能力医治，遂转到大城市一个知名度很高的医院医治，经有关专家检查，确认为绝症，遂不予收治，仍转回当地医院，本意是让该医院出于人道主义，为患者料理后事。此时，肝癌已发作，患者进入昏迷状态，靠输液拖延生命。经医生们反复商议仍拿不出对策，其中一位负责临床的主治医师认为大医院不收治，我们更无法收治，继续抢救是一种人力物力的浪费，他一边和其他医生论说，一边拔去正在输液的针头，几个小时后，患者寿终正寝。此后患者家属上告，经调查协商处理，认为医生没有征求本人及家属意愿，擅自实行安乐死，且其行为与安乐死的程序不符，是盲目、错误地执行安乐死的典型案例。后来有关部门对医生作了行政处理。这一事件涉及的有关安乐死的程序和标准使人们获得了深刻印象。

4. 李××的案例

事件发生在 1980 年 10 月 4 日早晨，当事人李××骑自行车去上班，被一辆卡车撞倒在地，当场昏死过去。随后，她被送往最近的解放军医院抢救，并马上被转到附近一家大医院作进一步抢救。经过一场大手术处理，她从死亡的边缘线上挺了过来，可惜，她从此失去了说、听、走的能力，没有人的知觉行为。届时，她正 47 岁，而且是三个孩子的母亲。

当时在抢救的手术台上，医生面临两个选择，一是摘除脑坏死部分，让患者成为植物人，二是放弃切除手术，让患者死在手术台上。结果，医生选择了前者，由此也带来了有

争议的案例。

事故发生五年之后，患者的病情仍无丝毫缓解的可能，其丈夫及子女都支持解除婚姻，经法院判定，准予离婚。其丈夫仍担任患者的监护人。法院同时认为此项案例判决符合社会公德，但是法律根据不足，因此，在法理上留下一系列值得探讨的问题。这样，又回到前面的问题上，假如当初在手术台上中止抢救，将不会消耗那么多精力和物力，也不会带来一系列棘手的社会问题。

八年后，李××仍生活在一家区医院。她躺在病床上，靠护理人员喂食，同时在左鼻孔插着鼻饲管，靠它把维持生命的液体养料输入体内。对这一切，患者没有丝毫知觉反应，只是好像有些手脚极细微的动感。医院对患者实行 24 小时护理制，护理人员每日喂她 5 次左右的稀粥汤、稀奶、鸡蛋糊等，并为她擦身和处理大小便，以及适当地让其沐浴阳光和微风。

由于漫长岁月的拖累，单位被牵制了不少人力物力，其丈夫及子女更是苦不堪言。为此，他们曾试探性地提出了安乐死问题，问医院是否可执行安乐死，让患者平安地死去，这样的话，也可以解放其他人很多的精力和节省物力，这样对社会也将是有利的。但是，医务界有关人士和专家坦率地认为，家属方面的痛苦值得同情，可是按照医学原则和现阶段医务政策，对植物人不宜采用安乐死。法律、法规甚至法规性说明，都没有涉及到这方面的意见，因此无法执行安乐死。同时，专家们还认为，在学术界可先作研讨，然后让社会有关学术方面人士来综合论证，经过多次的辩论后，在比较一致的认识上，建立专门委员会来试点。

除了引起上述社会问题外，还产生了经济问题。上述李

××单位对该病人的医疗费用所作的帐单记录表明：1987 年 1～4 月，开支费用为 3075.41 元，每月平均 768.85 元。自李××事故发生至今，直接经济费用估计在 7～8 万元，不知今后还要支付多少钱？随着病人中的植物人的比例日益上升，社会和家庭是否承担得了？当然，出于人道主义的考虑，医生应该无偿拯救一切生命，但是，如果没有足够的经济实力，有可能以降低正常人的消费来维持植物人的生命。这究竟是福，还是祸?

随着现代化节奏的加快，因各类事故产生的患者将可能有所增长，科学的昌明，把过去必死的患者抢救成不死不活的植物人。此外，因其他疾病特别是不治之症的抢救，也将产生一批亦生亦死的植物状态的人；有缺陷的新生儿中，也将由于抢救性治疗而产生出一批植物性婴孩，等等。毋容置疑，这些植物人大部分产生在城市大医院里，我国边远地区及医疗不发达地区的此类现象还很罕见，因为落后的医疗行为将很快地使植物人死去。既然在我国发达地区已超前出现了植物人，那么，与此相关的超前研究和讨论也应该在相应的范围内先一步展开。

5. 枯木逢春——安乐死悖论

1978 年 2 月，湖北省某中学，有一位 15 岁的女学生熊××，在读初中二年级时，不知由于什么原因突然染上怪疾，连日高烧而不消退，随即经医生抢救和诊治，才没有丧失生命。然而，她已变成了不能吃，不能喝的半死不活的植物状态的人了。

此后近 10 年中，她一直卧床不起，身软如泥。唯一的营

养是靠不定期注射 50%的葡萄糖液来维持生命。但破天荒的是，在如此少的营养来源下，拖延生命尚很艰难，然而她的身高却由病前的 1.4 米逐步增长到 1.5 米；面色一直红润而有光泽，头发浓黑乌亮，记忆力并没有明显衰退。从表面上看或从一般医学诊断上看，她完全可以是一个发育正常的大姑娘。奇迹不仅如此，更为使人惊奇的是当她卧床 9 年以后，在 1987 年 8 月，在没有任何特殊医疗措施下逐步地站立起来，经过一段时间的一般的简单锻炼后，至今已能每天步行 10 多里路，同时还能做一些正常家务，如洗衣，扫地，烧水，擦台子等。

据患者熊××的母亲讲，患者在 10 年中没有解过一次大便，而小便却是正常的，月经周期也正常。1987 年春天起，她吞咽食物的困难已稍有好转，每日可以勉强吞服半杯（约 50 毫升）的液体，但仍不能吞咽稀饭、面条、鸡蛋花之类的食物。转眼到了 1988 年 8 月 30 日，她奇迹般地能行动自如起来，便重新到校读书，恢复了她中断 10 年的学业，据悉，她的记忆能力基本正常，只要经过短时间的复习即可达到原来的学习水准。

前所未有的奇迹，引起了学术界有关人士的极大关注。武汉同济医科大学附属协和医院副院长、著名食道专家张锦坤教授出于一个科学家的高尚情操和对医学科学的执着追求，他设法把病人接到医院，与 20 多位专家一起为患者作了为期 4 个月的临床观察和会诊。会诊期间，熊××粒米未进，她只按平时的吞咽液体营养饮料的方式，像平时一样生活，在其他环境方面也未被作出特殊的安排。观察结果，通过各种医学测验手段和鉴别手段得出结论，她的大脑、心、肺，神经、血液、食道、皮肤、肌肉和头发等身体各器官组

织和健康人一样健全，身体的各个循环系统和免疫功能均无异常。

会诊结束了，科学家对她的追踪调查研究将会延续很长时间，也许 10 年或 100 年。但是，无论怎样，姑娘迄今的生命史实足以证明，这是一件人类生存史上罕见的案例，使医学科学的“谜”宫里又多了一件珍宝。同样，它也给安乐死带来悖论——不可逆绝症（植物状态的）与枯木逢春的矛盾。这种充满矛盾的案件是罕见的，但也不是绝无仅有的。据不久前某市一家大医院的一个医疗案例的报道：一位处于深度昏迷，完全丧失了知觉和思维，靠鼻饲管滴入的养料维持生命的植物状态者，在艰难地拖延了 11 年之后，竟“铁树开花”，出人意外地恢复了健康。当然，和上述案例不同的是，患者是在现代最有权威的医生的临床治疗下康复的。仅仅如此，也足以说明，所谓植物人或不可逆绝症只是相对的，具体的，其对象、条件和背景都具有前提的。

无独有偶，这样的奇迹不仅中国有，在西方国家偶然也发生过类似的病例。

据报道，在巴西有位叫艾丽多斯的姑娘，今年 36 岁，于 12 年前曾失恋，此后因优伤过度而患上了厌食症。她平时不吃一口粮食，只靠白开水和果汁来维持生命。现在她虽已骨瘦如柴，体重由患病前的 50 多千克下降到 24 千克左右，但日常活动仍很正常，生理器官尚未发现严重病变。按负责治疗的医生说，一般患上这种厌食症的病人大致上只能存活半年，奇怪的是这个姑娘竟然活了 12 年。这个病例属罕见的奇迹。有关医学专家正在对她作进一步的观察和测验。

悖论，人类智慧的动力，它激励人们向科学拓荒，而安乐死，正是科学家将予开拓或正在开拓的荒原。

6. 来自案例的思索

安乐死案例，特别是来自世界各国的经典安乐死案例将启发公众尤其是关注安乐死的各方面专家们。在本节，笔者力图对上述案例谈谈肤浅的认识。

人道主义与功利主义的争议，是安乐死悖论的核心，安乐死实际案例突破了理论上徘徊不前的格局，它以理论为基础，又不拘泥于教条，而是从现实生活出发，结合约定俗成的社会民俗惯例，以及陪审团的意见、公众舆论等因素，在当事人无法作出选择的情况下，根据当事人的可能产生的选择，代之作出选择。这种以可能引伸到必定的逻辑推导，在司法实践上是有先例的，很多法律条文在特殊情况下，是根据相关文本来作逻辑推定的。在安乐死未被立法之前，用经典案例来推定其他案例，不失为一个变通性的、可行性很强的办法。

有些安乐死行为，在现行法律条文中是不允许的，但在司法实践中，考虑到公众舆论和家属心理的承受能力，往往采用具有宽忍性的不予追究的办法。不予追究，事实上是一种默认行为，是对一种事先未知的事态在违反原则精神下事后采用的一种回避措施。而这种宽容的态度，随着量的增加，将为肯定相同案例创造良好的背景条件。同时也显示出这个肯定过程将是缓慢的，其台阶的上升将是逐步的。它的好处是在问题的性质，特别是对可能引起的后果还没有得到充分的把握时，运用它，不失为一种稳健的办法。而且，也有利于在理论方面的探讨。

对于盲目使用安乐死方式的处理方法，没有严格遵循法

律规定，而是用行政或道义的处罚取而代之。这实质上是尊重安乐死探索的科学精神的体现，同时，也是用缓和的方法维护现行法律的庄严性。这样对有殉道精神的科学家仍然起着一定程度的保障作用。道理很明白，任何一项重大科学探索，不但在理论上要有批判性的大无畏精神，同时，在世俗生活领域内，仍然要有忍辱负重的品质。否则，科学的探索将无法进行。

一定数量的植物人的存在，不但有利于医学上的创新，而且有利于在社会科学上取得一批观察样本，从中可以调查研究出社会各方面的心态。同时，无论是科学的还是人文的探索，都将带有超前观察和讨论的性质，尤其在科学与经济发达的地区，探索经验性材料为理性抽象和全局性推广，会带来事半功倍的效益。

绝症患者由于没有采用安乐死而破天荒地康复了，实际上是对人道主义的修正中的再修正。这个否定之否定，是否就意味着肯定？除了作经典理论的抽象思考外，还有必要作实证分析。人的生命毕竟是人世间最宝贵的，并且，人只能死一次，所谓复活，也只是出于人类的一种善良的愿望。安乐死向绝症患者的常规处理方式提出了挑战，绝症患者的非常规性康复又对安乐死提出了挑战，而未知的科学领域则对这一切提出挑战。这些悖论的重叠和交叉给人们留下了无穷的思索空间。

按照传统文化的认同意识，通常认为一个人自杀是对生活丧失信心，因而是一种怯懦行为。只有为了某项崇高的或意义重大的事业而视死如归，才被认为是一种壮举。而社会对濒死病人的自杀的是非上的判断则较为模糊，更多的只是怜悯。持安乐死论者不赞成患者采用自缢、跳楼、服毒等了

结残生的行为，因为它给患者的周围公众以惨不忍睹的恐怖，也给司法判定带来麻烦。因此积极的办法是把自杀者引导到安乐死的轨道上来，它有利于社会安定和人的尊严的维护。实际上对于自杀者来讲，还是需要有极大的勇气和胆量的。从意志上讲选择安乐死比选择自杀容易得多。当然，这里特指绝症患者的自杀行为，对于其他类型的自杀者则应采用其他更为妥善的办法，安乐死方法对他们来说是绝对不适用的。

所有的案例，都应以本人自愿或自愿性意向为前提，这是区别人道主义和法西斯主义的界石之一。然而，本人自愿的确定方式，目前运用的仍过于简单，最完备的也只是生前遗嘱。我们不妨把它和遗产归属问题对比一下。对于某些财产争议，当事人之间一般要经过长时期的辩论，并有一定记录、公证、旁证等程序。而安乐死实施者的生前嘱托，也至少应该参照这些程序，让申请者获得必要的知识和理解，并告诉他由此可能产生的一切后果。而且要允许申请者在生命的最后一刻也有权拒绝安乐死，这应比尊重财产嘱托具有更大的自主权。

安乐死案例的实际推行，不管理论上如何争论，但在实际生活里早就在悄悄地进行着。我们从上海某医院的统计数字上就可看到这种隐秘进行着的带有安乐死性质的行为。该医院 1983 年死亡人数为 228 例，家属放弃抢救而死亡的人数为 56 例，占死亡人数的 24.6%；而 1985 年，此比例则要占到 28.3%，呈上升趋势。不放弃治疗与放弃治疗之比，59 岁以下患者为 1：0.37；60 岁以上患者为 1：0.43。说明对老年人实行安乐死的比例高于对中青年，从而对抢救绝症患者的必要性有了新的认识。

对于这种悄悄实行的具有安乐死性质的死亡方式，有的人认为应进一步明朗化、法制化；也有的人认为不宜提倡，但也不必严加限制；还有的人认为要严肃制止，防止蔓延。事实上，限制是很难的，因为除了医院无法严格制约患者及家属的不协作行为外，还有很多临终病人是死在家中的。因此，在可能的情况下，应给予适当的引导。至于法制化问题，根据现有情况，这仍然要有一个漫长的过渡期。一个心态宽松而程序严谨的安乐死探索，是走向安乐死法制化的桥梁。

结　束　语

安乐死，是人类自我设计的一项“自我完善”的悲壮乐章，就一个人来说，在漫漫的人生征途上即将到达终点时，必将回过头来远眺他的出发点，同时判断自己是否完成自我确定的目的。这种历史的使命感和社会的责任感，是人类表达和传播自我成果的不朽行为。不过，行为的完善与否，取决于临终点相对于出发点而言的所谓的高度和长度，即时间和空间的含量。它所包含的欢乐和创痛的二重性，给迄今为止的人类文明史增添了光辉。同时，其本身释义的多维性，往往给意义的概括带来分歧。

不管怎样，对死亡问题的探求，激发了对安乐死知识的追求。杜尔凯姆说过：“自由探求的兴趣只有伴随着求知的欲望才能被激发起来。知识是自由思想达到其目的的唯一手段。当不合理的信念和行为丧失了地位时，我们必须求助于启蒙的智慧以寻求别的信念，而知识是其最高形式”。

在生命闪耀活力的旅途中，对于生命的归宿之一——安乐死的经验性的结论是：假如个人寻找安乐死仅仅出于衰老或痛苦方面的原因，即利己主义的行为，社会最多对此提出忠告和建议；假如个人寻求安乐死是出于为他人或社会而作出的理性选择，社会常常会以追悼的形式予以表彰，以启示后人效法。

附　　录

一、悉尼宣言

死亡的确定

世界医学会第 22 次会议采纳于 1968 年 8 月，澳大利亚，悉尼。

1. 在大多数国家，对死亡时间的确定将继续是医师的法律责任。通常，他可以用所有医师均知晓的经典的标准而无需特别帮助地确定病人的死亡。

2. 然而近代的医学实践使得进一步研究死亡时间成为必要。（1）有能力人工地维持含氧血液循环通过不可恢复性损伤的组织。（2）尸体器官的应用，如作移植用的心或肾脏。

3. 问题的复杂性在于：死亡是在细胞水平上的逐渐的过程。组织对于供氧断绝的耐受能力是不同的，但是临床的兴趣并不在于维持孤立的细胞而在于病人的命运。这里，不同细胞或组织的死亡时刻不是那么重要的。因为不管采用什么复苏技术，生命终究确定无疑地不可恢复了。

4. 死亡的确定应建立在临床诊断和必要时的辅助诊断上，近来最有帮助的是脑电图。然而还没有一种技术性的标准能完全满足目前医学的状况，也没有一种技术操作能取代医师的全面临床判断。若涉及到器官移植，那末应由两名以上的医师作出死亡诊断，而且医生对死亡的决定不能与移植手术发生直接的联系。

5．对人的死亡时刻的确定使得停止抢救在伦理上被认可，并且如果履行了通行的法律，则在法律允许的国家内从尸体中取出器官被许可。

二、关于制订我国脑死亡标准和承认死亡权利的倡议（草案）

现代医学延长了人的生命，也延长了作为生命最后阶段的死亡过程，这种死亡的延长带来了科学、社会、心理、伦理等方面的许多新问题，亟待各界人士认真研究。

传统的死亡概念是心跳呼吸的停止，随着医疗技术的发展和生命支持设备的普遍使用，大批垂危的生命得到了复苏。但是其中有些人已经处于不可逆昏迷状态，永远地丧失了作为一个人所必须有的知觉、意识和情感，任何医疗措施只是在延长他们的死亡过程。因此，人们提出了“脑死”概念——包括脑皮质和脑干功能的不可逆丧失，这一概念目前已被许多国家或地区的医院所接受。而我国尚未普及“脑死”概念，不少脑死病人还在特定的医疗措施支持下，无意义地延长着临终的痛苦，这是不符合病人的利益的。因而我们倡议在医学界开展关于死亡概念和死亡标准的讨论，制订适合于我国的脑死亡标准。

医学以“救死扶伤，治病救人”为宗旨，但仍有不少病情无法救治，即使在当代医疗条件下，许多病人在死亡之前仍要经受极为残酷的病痛或引起严重疼痛的治疗措施的折磨，在他们以死亡解除痛苦的要求得不到医生和家属同意的情况下，部分病人采用服毒、自缢、坠楼、割脉等手段结束

生命，令人惨不忍睹，病人的这种结局与医生奉行的人道主义原则显然是相悖的。

我们认为，人类要追求高质量的生活，也应该享受平静、尊严的死亡，当神圣的生命无可挽回地走向终结之时，病人有权利要求减轻或避免临终时的痛苦，有权利选择自己的死亡方式。我们十分钦佩邓颖超同志立“预嘱”的行动。我们建议，为了避免疾病使人处于无行为能力状态而不能亲自选择自己的死亡方式的情况，提倡在人民群众中采用建立“预嘱”的方法，使病人对死亡方式的正当权利得到法律和社会的尊重。

全国“安乐死”学术讨论会

1988 年 7 月 8 日

观者 OCR、校对
2010 年 1 月 5 日星期二
01:34:03

观者二校
2010 年 1 月 12 日星期二
02:35:54

观者邮箱：ljctt@263.net
观者博客：http://blog.sina.com.cn/seeseasee
观者 QQ：113946397

感谢书友 aliern